

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



|                          |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/11/09 12:01 | 4-Data de Autorização<br>12/11/09 12:01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50183022 | 7-Data Validade da Senha<br>12/01/12 12:01 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|

379533  
INTERCÂMBIO

|                                            |                                |                                  |                                          |                                                          |
|--------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>010379914064939542 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ABRIGO DO MARINHEI | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>898004651981765 |
|--------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                      |                              |                                                               |
|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>JOAO VICTOR SENA DA SILVA | 14-Teléfono<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>VICTOR MONTEIRO DE VASCONCELLO |
|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                          |                                                                        |                           |             |                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RV<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA | 18-Número no CRO<br>31802 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>801 - |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|

|                                                     |                                                                     |                           |             |                                   |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>182436274720 | 22-Nome do Contratado Executante<br>DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA | 23-Número no CRO<br>31802 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES<br>Faturar Empresa |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------------|

|                                                                       |                           |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA | 27-Número no CRO<br>31802 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchisa/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guisa | 42-Assinatura  |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|----------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|----------------|
| 1-0       | 0                         | CONSULTA ODONTOLÓGICA | 1               | 1       | 3      | 4                | 0        | 0                                | 0      | 0                     | 0                  | 12/11/09 12:01 |
| 2-1       | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 3-1       | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 4-1       | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 5-1       | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 6-1       | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 7-1       | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 8-1       | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 8-1       | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 10-1      | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 11-1      | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 12-1      | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 13-1      | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 14-1      | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |
| 15-1      | 1                         |                       |                 |         |        |                  |          |                                  |        |                       |                    |                |

|                                                          |                                                                                                              |                                             |                                     |                             |                                          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>12/11/09 12:01 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantitativo US<br>3 4 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 0 0 | 48-Total Franchisa / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(a) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                             |                                                                                 |                                                                             |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Consultor-Operadora Sólida<br>12/11/09 12:01 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>12/11/09 12:01 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/11/09 12:01 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>12/11/09 12:01 |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|