



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24

|                          |                                            |                                        |                        |                                       |                                               |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Dia de Emissão da Guia<br>11/01/06/12/10 | 4-Dia de Autorização<br>11/01/06/12/10 | 5-Serina<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7627733 | 7-Dia Validade da Serina<br>10/18/10/19/12/10 |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                  |                                |                                        |                                             |                                       |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Nome do Beneficiário<br>Jorge Ramos dos Santos | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Dia Validade da Serina<br>11/01/06/12/10 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                              |                                                       |                                              |                                                                 |                            |             |                          |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------|
| 13-Nome<br>Jorge Ramos dos Santos                            | 14-Telefone<br>(11) 136496                                   | 15-Nome do Titular do Plano<br>Jorge Ramos dos Santos | 16-Endereço a RN<br>Thaína Ferreira de Lemos | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>Thaína Ferreira de Lemos | 18-Número no CBO<br>136496 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>141514181812617818181 | 22-Nome do Contratado Específico<br>Thaína Ferreira de Lemos | 23-Número no CBO<br>136496                            | 24-UF<br>SP                                  | 25-Código CNES<br>136496                                        | 26-Número no CBO<br>136496 | 27-UF<br>SP | 28-Código CBO S<br>025 - |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Item                               | 31-Código do Procedimento   | 32-Descrição           | 33-Dente/Região         | 34-Faixa           | 35-Cód                                   | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchisa/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dia da Realização | 41-Máximo da Guia | 42-Valor |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|------------------------------------------|------------------|----------|----------------------------------|--------|----------------------|-------------------|----------|
| 1-10                                  | 010                         | CONSULTA ODONTOLÓGICA  | 1                       | 1                  | 1                                        | 34               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 2-10                                  | 010                         | PROFILAXIA: POLIMENTO  | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 3-10                                  | 010                         | PROFILAXIA: POLIMENTO  | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 4-10                                  | 010                         | PROFILAXIA: POLIMENTO  | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 5-10                                  | 010                         | PROFILAXIA: POLIMENTO  | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 6-1                                   | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 7-1                                   | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 8-1                                   | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 9-1                                   | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 10                                    | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 11                                    | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 12                                    | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 13                                    | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 14                                    | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 15                                    | 1                           |                        | 1                       | 1                  | 1                                        | 35               | 10,00    | 0,00                             | 0,00   | 0,00                 | 0,00              | 0,00     |
| 43-Dia Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento      | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidades US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franchisa / Co-participação R\$ | 49-Observação    |          |                                  |        |                      |                   |          |
| 11/01/06/12/10                        | 1-1 Tratamento Odontológico | 1-1 Total 2-Parcial    | 1174,00                 | 10,00              | 10,00                                    |                  |          |                                  |        |                      |                   |          |

Declaração: 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 orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/01/06/12/10 | 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/01/06/12/10 | 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/01/06/12/10 | 53-Dia, local e Contorno da Empresa<br>11/01/06/12/10 |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

Dra. Thaína F. L. e  
Cirurgiã Dentista  
RPO 136496

INTERCAMBIO  
323085