

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |                                              |                                |                                      |                                          |                                                                |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/09/2011 | 4-Data de Autorização<br>14/09/2011 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>9028714 | 7-Data Validade da Senha<br>05/11/2011 | 8-Número da Carteira<br>00202540292700000102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>693959<br>INTERCÂMBIO |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

13-Nome  
JAYANE SOARES DA SILVA BRANDAO

14-Telefone  
(11) 1111111111

15-Nome do Titular do plano  
GREICE HELEN SOARES DA SILVA

16-Atendimento a RN  
ISABELLE RIGON DA SILVA

17-Nome do Profissional Solicitante  
ISABELLE RIGON DA SILVA

18-Número no CRO  
40826

19-UF  
RJ

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
11238547370411

22-Nome do Contratado Executante  
ISABELLE RIGON DA SILVA

23-Número no CRO  
40826

24-UF  
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
ISABELLE RIGON DA SILVA

27-Número no CRO  
40826

28-UF  
RJ

29-Código CBO S

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 -  
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Class 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1         | 008400198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 14/09/2011            | + Greice                         |
| 2         | 008400198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 14/09/2011            | + Greice                         |
| 3         | 008400198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 14/09/2011            | + Greice                         |
| 4         | 008400198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 14/09/2011            | + Greice                         |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                      |                                                                                                                |                                               |                                  |                            |                                                 |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>14/09/2011 | 44-Tipo de Atendimento<br>1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1- Total 2- Parcial | 46-Total Quantidade US<br>140,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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 orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), 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 Cirurgião-Dentista Solicitante<br>14/09/2011 <i>Isabelle Rigon</i> | 51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/09/2011 <i>Greice</i> | 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/09/2011 <i>Greice</i> | 53-Data Local e Carimbo da Empresa<br>14/09/2011 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

Dra. Isabelle Rigon

CIRURGIÃO-DENTISTA

CRO-RJ 40826