



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N<sub>i</sub>



409460  
2011-02-22

|  |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
|--|---------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|--|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---|---------------------------------|---------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414   |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/11/2010  |                           | 4-Data de Autorização<br>04/11/2010   |                           | 5-Série<br>AUTORIZADO  |                           | 6-Número da Guia Principal<br>8014863 |                           | 7-Data Validade da Senha<br>12/9/2011         |                                 |                           |
| 8-Número da Carteira<br>010202533049200010101  |                           | 9-Promoção<br>POS REDE PRESTADORA  |                           | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA  |                           | 11-Data Validade da Carteira<br>13/11/2010                       |                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                           |   |                                 |                           |
| 16-Autenticação a RN<br>N  |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS DE NITEROI                          |                           | 18-Número no CRO<br>27786   |                           | 19-UF<br>RJ  |                           | 20-Código CBO S<br>06                 |                           | 21-Valor Total R\$<br>025 - Faturar Empresa   |                                 |                           |
| 21-Código no Operadora / CNPFI<br>1010904972607111   |                           | 22-Nome do Contratado Executante<br>KELLY DE SOUZA ABREU   |                           | 23-Número no CRO<br>27786   |                           | 24-UF<br>RJ  |                           | 25-Código CNES                        |                           |   |                                 |                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>KELLY DE SOUZA ABREU   |                           | 27-Nome do Profissional Executante<br>Kelly de Souza Abreu   |                           | 28-UF<br>RJ   |                           | 29-Código CBO S  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados  |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 30-Tabela  | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição   | 33-DenarRegião            | 34-Frete  | 35-Qtd                    | 36-Quantidade US   | 37-Valor                  | 38-Franquia/Co-participação RS        | 39-Aut                    | 40-Data de Realização                         | 41-Motivo da Glosa e Assinatura |                           |
| 1-0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HASD   | 1 1 1 1 1 3 6 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 3 6 0 0 1 0 0 1   | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1  | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1             | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1                     | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1       |                           |
| 2-0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HASE   | 1 1 1 1 1 3 6 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 3 6 0 0 1 0 0 1   | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1  | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1             | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1                     | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1       | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 |
| 3-0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAD  | 1 1 1 1 1 3 6 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 3 6 0 0 1 0 0 1   | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1  | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1             | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1                     | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1       | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 |
| 4-0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL   | HAE  | 1 1 1 1 1 3 6 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 3 6 0 0 1 0 0 1   | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1  | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1             | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1                     | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1       | 1 1 1 1 1 0 0 0 0 1 0 0 1 |
| 5-   |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 6-   |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 7-   |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 8-   |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 9-   |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 10-  |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 11-  |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 12-  |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 13-  |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 14-  |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 15-  |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 43-Data Previsão Termínio do Tratamento<br>10/11/2010/2010   |                           | 44-Tipo de Autenticação<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência |                           | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Facial  |                           | 46-Total Quantidade US<br>11 4 4 1 0 0                           |                           | 47-Valor Total R\$<br>10,00           |                           | 48-Total Franquia Co-participação RS<br>10,00 |                                 |                           |
| 50-Data, Local e Assinatura do Odontólogo-Dentista Solicitante<br>01/11/2010/2010 Dr. Kelly de Souza Abreu   |                           | 51-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>01/11/2010/2010 Dr. Kelly de Souza Abreu        |                           | 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>01/11/2010/2010 Dr. Kelly de Souza Abreu |                           | 53-Data, Local e Cognome da Enfermeira<br>01/11/2010/2010 Branca |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |
| 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizada(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  |                           |  |                           |   |                           |  |                           |                                       |                           |   |                                 |                           |