

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

|                          |                                                |                                            |                       |                                        |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/03/11 10/12/11 | 4-Data de Autorização<br>11/11/11 10/12/11 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>10433916 | 7-Data Validade da Senha<br>10/11/10 11/12/13 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|

1170110  
INTERCÂMBIO

|                                               |  |                                |                                                 |                                             |                                       |
|-----------------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>000202547643800035402 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>VIQUA INDUSTRIA DE PLASTICOS      | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / / / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>VITORIA FIAMONCINI                 |  | 14-Telefone<br>( ) - - - - -   | 15-Nome do titular do plano<br>DARLENE SILVERIO |                                             |                                       |

|                          |  |                                                                  |  |                           |  |             |  |                 |  |                                                        |  |                                                                       |  |                           |  |             |  |                           |  |                                                                 |  |                           |  |             |  |                 |  |                                   |  |                                                |  |
|--------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|-----------------|--|--------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|---------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|-----------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------------------------|--|
| 16-Atendimento a RN<br>N |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FELIPE FERREIRA DE CASTRO |  | 18-Número no CRO<br>20369 |  | 19-UF<br>SC |  | 20-Código CBO S |  | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>132873203000189 |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA |  | 23-Número no CRO<br>20369 |  | 24-UF<br>SC |  | 25-Código CNES<br>2925699 |  | 26-Nome do Profissional Executante<br>FELIPE FERREIRA DE CASTRO |  | 27-Número no CRO<br>20369 |  | 28-UF<br>SC |  | 29-Código CBO S |  | 30-Data de Realização<br>19/10/12 |  | 31-Motivo da Glosa 42-Assinatura<br>h. Collier |  |
|--------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|-----------------|--|--------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|---------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|-----------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------------------------|--|

| 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 Glosa 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1         | 000851002001              | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | DP      | 1      | 188,00           | 0,00     | 0,00                            |        | 19/10/12              | h. Collier                       |
| 2         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 3         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 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>88,00 | 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folioforam 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

|                     |  |                                                                                                     |  |                                                                               |  |
|---------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| Dr. Felipe Ferreira |  | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>19/10/12 Felipe Ferreira de Castro |  | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/10/12 Darlene |  |
|---------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|