

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

480406  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/19/10 12/12/11                | 4-Data de Autorização<br>12/15/10 12/12/11 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                          | 6-Número de Guia Principal<br>8310138 | 7-Data Validade da Senha<br>12/10/10 15/12/11 |
| Dados do Beneficiário                                           |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 8-Número da Carteira<br>1002102125304075000001021               | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA       | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                               |
| 13-Nome<br>ROSANGELA MARIA PEDRO RODRIGUES                      |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 14-Telefone<br>(11) 11111111                                    |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 15-Nome do titular do plano<br>NATALICIA DA SILVA MOURA         |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 16-Alienação a RN<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTOIMAGEM           | 18-Número no CRO<br>8307                   | 19-UF<br>SC                                    | 20-Código CBO S<br>09                 | 025 -<br>Faturar Empresa                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10411882148947           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIANA FERREIRA MEDEIROS | 23-Número no CRO<br>8307                   | 24-UF<br>SC                                    | 25-Código CNES                        | Enviar - RX                                   |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARIANA FERREIRA MEDEIROS | 27-Número no CRO<br>8307                                      | 28-UF<br>SC                                | 29-Código CBO S                                | (I) 81000421-<br>(I) 81000421-RPSE    |                                               |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                 |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 30-Tabela                                                       | 31-Código do Procedimento                                     | 32-Descrição                               | 33-Dente/Região                                | 34-Face                               | 35-Qtd                                        |
| 1-01018100104211                                                | RX PERIAPICAL                                                 | RMIE                                       | 1                                              | 14                                    | 00                                            |
| 2-01018100104211                                                | RX PERIAPICAL                                                 | RMSE                                       | 1                                              | 14                                    | 00                                            |
| 3-01018100104211                                                | RX PERIAPICAL                                                 | RPSE                                       | 1                                              | 14                                    | 00                                            |
| 4-                                                              |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 5-                                                              |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 6-                                                              |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 7-                                                              |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 8-                                                              |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 9-                                                              |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 10-                                                             |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 11-                                                             |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 12-                                                             |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 13-                                                             |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 14-                                                             |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 15-                                                             |                                                               |                                            |                                                |                                       |                                               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento                          | 44-Tipo de Atendimento                                        | 45-Tipo de Faturamento                     | 46-Total Quantidade US                         | 47-Valor Total R\$                    | 48-Total Franquia / Co-participação R\$       |
| 11/11/11                                                        | 1-Tratamento Odontológico                                     | 1-Total 2-Parcial                          | 442100                                         | 0100                                  | 1111                                          |

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: ☒ 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 Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/15/10 12/12/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/15/10 12/12/11 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/15/10 12/12/11 |
| <p>53-Data, local e Carimbo da Empresa<br/>11/15/10 12/12/11</p> <p>54-Data, local e Assinatura do Responsável<br/>11/15/10 12/12/11</p> <p>55-Data, local e Assinatura do Responsável<br/>11/15/10 12/12/11</p> |                                                                                    |                                                                        |                                                                                |