



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



|                          |                                                |                                            |                      |                                       |                                              |                       |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|
| 1-Registro AMS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/04/11 12/12/10 | 4-Data de Autorização<br>10/05/11 12/12/10 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8116713 | 7-Data Validade da Guia<br>10/04/10 13/12/11 | 434262<br>INTERCÂMBIO |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                 |                                |                                      |                                                |                                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número de Carteira<br>01012025336441010001014 | 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

|                             |            |                              |                                                         |
|-----------------------------|------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| MARIA VITORIA MARCAL VIEIRA | 20/05/2002 | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>LIDIANE CRISTINA PEREIRA |
|-----------------------------|------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|

Dados do Contratante / Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                            |                            |             |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a Rm<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA | 18-Número no CRO<br>137593 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|---------------------------------------------|

21-Código na Operadora / CUPJ / CPF

|               |                                                                         |                            |             |                |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|----------------|
| 1463030146819 | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA | 23-Número no CRO<br>137593 | 24-UF<br>SP | 25-Código CHES |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|----------------|

26-Nome do Profissional Executante

|                                     |                            |             |                 |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------|
| NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA | 27-Número no CRO<br>137593 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-1-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-Ant | 40-Data de Realização | 41-Método da Classe | 42-Assinatura |
|-------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-010       | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 3,6              | 10,00    | 10,00                           | 5,10   | 5/11/12               | 11/21/20            | Sidiane       |
| 2-010       | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 3,6              | 10,00    | 10,00                           | 5,10   | 5/11/12               | 11/21/20            | Sidiane       |
| 3-010       | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 3,6              | 10,00    | 10,00                           | 5,10   | 5/11/12               | 11/21/20            | Sidiane       |
| 4-010       | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 3,6              | 10,00    | 10,00                           | 5,10   | 5/11/12               | 11/21/20            | Sidiane       |
| 5-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 6-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 7-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10-1        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11-1        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12-1        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13-1        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14-1        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15-1        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                                             |                                                                                                                |                                                 |                                   |                             |                                                  |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>13/11/11 14/11/12 | 44-1-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-1-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1144,00 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>11,11 |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|

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 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>10/5/11 12/11/2010 NATHALIA F. Paula | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/5/11 12/11/2010 NATHALIA F. Paula | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/11/12 12/12/10 Lidiane | 53-Data, local e Carimbo de Empresa<br>11/11/11 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|