

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



405130  
INTERCÂMBIO

|                                                                   |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                          |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/06/11 10:12:01                      |  | 5-Santa<br>AUTORIZADO                         |  | 6-Número da Guia Principal<br>50201711        |  | 7-Data Validade da Guia<br>24/10/11 12:11                           |  |
| Dados do Beneficiário                                             |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 8-Número de Carteira<br>100379994064117976                        |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                      |  | 10-Empresa<br>GRANIHIC SERVICES S             |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /           |  | 12-Número do Contrato Nacional de Saúde                             |  |
| 13-Nome<br>LUIZ CLAUDIO DA SILVA COSTA SO                         |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 14-Telefone<br>( ) / /                                            |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 15-Nome do titular do plano<br>LUIZ CLAUDIO DA SILVA COSTA SO     |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                   |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANA PATRICIA FONSECA MARINHO |  | 18-Número no CRO<br>14455                     |  | 19-UF<br>BA                                   |  | 20-Código CBO S<br>801 -                                            |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10129999547579             |  | 22-Nome do Contratado Execuinte<br>ANA PATRICIA FONSECA MARINHO     |  | 23-Número no CRO<br>14455                     |  | 24-UF<br>BA                                   |  | 25-Código CNES<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(F) 85200166-15 |  |
| 26-Nome do Profissional Execuinte<br>ANA PATRICIA FONSECA MARINHO |  | 27-Número no CRO<br>14455                                           |  | 28-UF<br>BA                                   |  | 29-Código CBO S                               |  | 30-Data de Realização<br>39-Aut<br>30/06/12                         |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                   |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 30-Tabella                                                        |  | 31-Código do Procedimento                                           |  | 32-Descrição                                  |  | 33-Dente/Região                               |  | 34-Faixa                                                            |  |
| 1-001852010166                                                    |  | TRATAMENTO ENDODÔNTICO                                              |  | 15                                            |  | 1                                             |  | 258100                                                              |  |
| 2-                                                                |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 3-                                                                |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 4-                                                                |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 5-                                                                |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 6-                                                                |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 7-                                                                |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 8-                                                                |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 9-                                                                |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 10-                                                               |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 11-                                                               |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 12-                                                               |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 13-                                                               |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 14-                                                               |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 15-                                                               |  |                                                                     |  |                                               |  |                                               |  |                                                                     |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>26/10/12                |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico               |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial |  | 46-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial |  | 47-Valor Total R\$<br>258100                                        |  |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$                           |  | 49-Total Franquia / Co-participação R\$                             |  | 49-Total Franquia / Co-participação R\$       |  | 49-Total Franquia / Co-participação R\$       |  | 49-Total Franquia / Co-participação R\$                             |  |

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>26/10/12 Ana Patricia Fonseca Marinho<br>CROBA 14455 |  |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/10/12 Ana Patricia Fonseca Marinho<br>CROBA 14455             |  |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/10/12 Luiz Claudio da Silva Costa So<br>CROBA 14455   |  |