



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



|                          |                                              |                                          |                          |                                       |                                                |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/3/10 5/12/11 | 4-Data de Autorização<br>11/7/10 5/12/11 | 5-Sentença<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8585299 | 7-Data Validade da Sentença<br>11/1/10 8/12/11 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|

550702  
INTERCÂMBIO

|                                                                  |                                |                                        |                                     |                                       |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10 0 2 0 2 5 0 4 9 0 8 5 0 0 7 9 5 6 0 1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>POSITIVO INFORMATICA S A | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                  |                              |                                                      |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>RICARDO OLIVEIRA LIMA | 14-Teléfono<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>RICARDO OLIVEIRA LIMA |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|

|                                                                    |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                    |                                                                            |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10 8 6 2 6 3 2 9 6 0 1      | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES | 27-Número no CRO<br>38839                                                  |
| 28-UF<br>MG                                                        | 29-Código CBO S<br>06                                                      |
| Faturar Empresa                                                    |                                                                            |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição    | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 0                         | 8 1 0 0 0 0 6 5 |                 | 1       |        | 3 4,10 0         | 0,00     |                                 |        | 11/7/10 5/12/11       |                    |               |
| 2-0       | 0                         | 8 5 3 0 0 0 4 7 |                 | 1       |        | 3 6,10 0         | 0,00     |                                 |        | 11/7/10 5/12/11       |                    |               |
| 3-0       | 0                         | 8 5 3 0 0 0 4 7 |                 | 1       |        | 3 6,10 0         | 0,00     |                                 |        | 11/7/10 5/12/11       |                    |               |
| 4-0       | 0                         | 8 5 3 0 0 0 4 7 |                 | 1       |        | 3 6,10 0         | 0,00     |                                 |        | 11/7/10 5/12/11       |                    |               |
| 5-0       | 0                         | 8 5 3 0 0 0 4 7 |                 | 1       |        | 3 6,10 0         | 0,00     |                                 |        | 11/7/10 5/12/11       |                    |               |
| 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>11/7/10 5/12/11 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 7 8,10 0 | 47-Valor Total R\$<br>10,10 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>10,10 0 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|

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  
Alterada a Guia de temporária para definitiva.

|                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/7/10 5/12/11 Ana Patrícia F. Marques | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/7/10 5/12/11 Ana Patrícia F. Marques | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/7/10 5/12/11 Ricardo Oliveira Lima | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/7/10 5/12/11 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato.  
Ana Patrícia F. Marques  
Cirurgião-Dentista  
CRM 38839