



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

325384  
INTERCAMBIO

|                          |                                         |                                     |                          |                                       |                                           |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/07/2016 | 4-Data de Autorização<br>18/06/2012 | 5-Sentença<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7638918 | 7-Data Validade da Sentença<br>15/09/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                  |                                |                                          |                              |                                       |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002020252265981000618011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ARAUJO INDUSTRIA DE PAINES | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|

|                                |             |                                                    |
|--------------------------------|-------------|----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ROBERTO CESAR ELIAS | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano<br>ROBERTO CESAR ELIAS |
|--------------------------------|-------------|----------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                   |                                                                    |                           |             |                 |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA | 18-Número no CRO<br>48860 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1630113932600111           | 22-Nome do Contratado Executante<br>ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA    | 23-Número no CRO<br>48860 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA |                                                                    | 27-Número no CRO<br>48860 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 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 Class 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-00      | 185100200                 | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 10/07/2012            | X                                |
| 2-00      | 185100196                 | RESTAURAÇÃO RESINA | 15              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 10/07/2012            | X                                |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 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\$ |
|                                        | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial      | 149,00                 | 0,00               | 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), 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>10/07/2012 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/07/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/07/2012 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>10/07/2012 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|