

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



307414  
**INTERCAMBIO**

|                          |                                               |                                           |                                  |                                      |                                              |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Cota de Emissão da Guia<br>20/10/2014 12:00 | 4-Data de AutORIZAÇÃO<br>20/10/2014 12:00 | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>307414 | 7-Data Validade da Senha<br>19/10/2014 12:00 |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|

**Dados do Beneficiário**

|                                            |                                |                                                  |                                                  |                                                            |
|--------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>003179994064499518 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>QUALIVIDA CONSULTO                 | 11-Data Validade da Carteira<br>20/10/2014 12:00 | 12-Número do Contrato Nacional de Saúde<br>702801667084961 |
| 13-Nome<br>CARINA DE POINTIS MARCAL        | 14-Teléfono<br>09/12/1987      | 15-Data Validade da Carteira<br>20/10/2014 12:00 | 16-Data Validade da Carteira<br>20/10/2014 12:00 | 17-Nome do titular do plano<br>CARINA DE POINTIS MARCAL    |

**Dados do Contrato de Responsável pelo Tratamento**

|                                                                   |                                                                     |                           |                 |                          |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO | 18-Número no CRO<br>30438 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>801 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>091224371736               | 22-Nome do Contratado Executante<br>DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO    | 23-Número no CRO<br>30438 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CINES          |
| 26-Nome do Profissional Excitante<br>DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO | 27-Número no CRO<br>30438                                           | 28-UF<br>RJ               | 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 de US | 37-Valor | 38-Franchisa/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|---------------------|----------|----------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0108110000057 | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE  | 37           | 1               | 1       | 1      | 34,00               | 0,00     | 0,00                             | N      | 20/10/2014            | 2020               | [Assinatura]  |
| 2-0108120001030 | INCISÃO E DRENAGEM INTRA- | 37           | 1               | 1       | 1      | 8,00                | 0,00     | 0,00                             | N      | 20/10/2014            | 2020               | [Assinatura]  |
| 3-              |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 4-              |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 5-              |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 6-              |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 7-              |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 8-              |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 9-              |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 10-             |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 11-             |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 12-             |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 13-             |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 14-             |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |
| 15-             |                           |              |                 |         |        |                     |          |                                  |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                     |                                             |                                  |                            |                                                  |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>20/10/2014 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>142,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franchisa / Co-participação R\$<br>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), 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**

Odontologia / Abscasso dentário no 37 + Incisão + Drenagem + Medicação + Encaminhamento

|                                                                                |                                                                    |                                                                          |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>20/10/2014 RJ | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/10/2014 RJ | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>20/10/2014 RJ | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>20/10/2014 RJ |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|