



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



|                          |                                                |                                            |                       |                                       |                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/04/10 09/12/10 | 4-Data de Autorização<br>10/11/10 10/12/10 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7904221 | 7-Data Validade da Senha<br>12/3/11 12/12/10 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                      |                                |                                      |                                                   |                                                                |
|------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0101202153211186000001011011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>382775<br>INTERCÂMBIO |
|------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

|                                    |                              |                                                        |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ROGERIO DUARTE DA ROCHA | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do Titular do plano<br>ROGERIO DUARTE DA ROCHA |
|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                |                                                                 |                           |                 |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LEONARDO GARCIA DE SOUZA | 18-Número no CRO<br>38540 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa                                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05758019720             | 22-Nome do Contratado Executante<br>LEONARDO GARCIA DE SOUZA    | 23-Número no CRO<br>38540 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421-RPIE<br>(I) 81000421-<br>(I) 81000421- |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LEONARDO GARCIA DE SOUZA | 27-Número no CRO<br>38540                                       | 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 US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guisa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-010     | 811000030                 | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 24/09/20              |                    |               |
| 2-010     | 853000047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 24/09/20              |                    |               |
| 3-010     | 853000047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 24/09/20              |                    |               |
| 4-010     | 853000047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 24/09/20              |                    |               |
| 5-010     | 853000047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 24/09/20              |                    |               |
| 6-010     | 811000042                 | RX PERIAPICAL           | RPIE            | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/10/20              |                    |               |
| 7-010     | 821000081                 | EXODONTIA A RETALHO     |                 | 1       | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    |               |
| 8-010     | 821000081                 | EXODONTIA A RETALHO     |                 | 1       | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/10/20              |                    |               |
| 9-010     | 821000081                 | EXODONTIA A RETALHO     |                 | 1       | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    |               |
| 10-010    | 811000042                 | RX PERIAPICAL           | RMSE            | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    |               |
| 11-010    | 811000042                 | RX PERIAPICAL           | RPSD            | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/10/20              |                    |               |
| 12-010    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-010    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-010    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-010    |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>439,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / 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), foi(ram) 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>11/11/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>15/10/20<br>Leonardo Garcia<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-RJ 38540 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/10/20<br>Rogerio Duarte da Rocha | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

8645