

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



513334  
INTERCÂMBIO

|                                                                    |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                           |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>31/10/2011 |  | 4-Data de Autorização<br>01/10/2011  |  | 5-Será<br>AUTORIZADO                     |  | 6-Número da Guia Principal<br>8443101   |  | 7-Data Validade da Seria<br>12/10/2011           |  |
| Decisão do Beneficiário                                            |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 8-Número da Carteira<br>1002025384080000101                        |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA          |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 |  | 12-Número do Contrato Nacional de Saúde |  |                                                  |  |
| 13-Nome<br>RUY ROCHA DA SILVA                                      |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 14-Telefone<br>(11) 11111111                                       |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 15-Nome do titular do plano<br>RUY ROCHA DA SILVA                  |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 16-Atendimento a RN<br>16/07/1965                                  |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CRISLANE SILVA DA CONCEICAO |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1140912483724               |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>CRISLANE SILVA DA CONCEICAO    |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>CRISLANE SILVA DA CONCEICAO  |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                    |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 30-Tabela                                                          |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 31-Código do Procedimento                                          |  | 32-Descrição                            |  | 33-Dente/Região                      |  | 34-Face                                  |  | 35-Qtd                                  |  | 36-Quantidade US                                 |  |
| 1-010854100084                                                     |  | COROA PROVISÓRIA SEM PINO               |  | 12                                   |  | 1                                        |  | 1                                       |  | 15400                                            |  |
| 2-                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 3-                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 4-                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 5-                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 6-                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 7-                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 8-                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 9-                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 10                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 11                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 12                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 13                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 14                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 15                                                                 |  |                                         |  |                                      |  |                                          |  |                                         |  |                                                  |  |
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>12/10/2011               |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1           |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1        |  | 46-Total Quantidade US<br>1154100        |  | 47-Valor Total R\$<br>10100             |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>10100 |  |

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>12/10/2011 |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/10/2011 |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/10/2011 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|

CM ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA  
3426503000145