

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2.º



432012  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/11/12 | 4-Data de Autorização<br>10/11/12 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8107678 | 7-Data Validade da Senha<br>10/11/13 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                               |                                |                                      |                                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>100202531377000010101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/13            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>TIAGO AMARO DA ROCHA               | 09/03/1988                     | 14-Idade<br>48                       | 15-Nome do titular do plano<br>TIAGO AMARO DA ROCHA |                                       |

|                                                              |                                                            |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                            |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>DENTCLINIC          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>27685610884           | 22-Nome do Contratado Executante<br>CLARISSA DE SOUZA NETO |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>CLARISSA DE SOUZA NETO | 27-Número no CRO<br>29605                                  |
| 18-Número no CRO<br>29605                                    | 19-UF<br>RJ                                                |
| 23-Número no CRO<br>29605                                    | 24-UF<br>RJ                                                |
| 28-Código CBO S<br>03                                        | 25-Código CNES                                             |
| 29-Código CBO S                                              | 26-Código CBO S                                            |

| 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 Gressa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|----------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-0       | 08510196                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 37              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     | 502,10                          | 10/12/12 |                       |                     |               |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                     |               |

|                                        |                                                                                                            |                                             |                                 |                             |                                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 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>61,00 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|

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) 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>10/11/12/12 Cláudio Netto | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/11/12/12 Cláudio Netto | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/11/12/12 Tiago Amaro da Rocha | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>10/11/12/12 Rede de Serviços |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|

Cirurgião Dentista  
CRO RJ 29.605