

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**



2-Nº

|                                                                  |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
|------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>408414                                         |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/01/12 11/12/10 |  | 5-Série<br>AUTORIZADO                                        |  | 6-Número da Guia Principal<br>8136018 |  | 7-Data Validade da Série<br>11/01/13 11/12/11 |  | 438681<br>INTERCÂMBIO                   |  |
| Dados do Beneficiário                                            |  |                                                |  | 10-Empresa<br>RENAULT DO BRASIL SA                           |  |                                       |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde         |  |                                         |  |
| 10-020202507366700011516011                                      |  |                                                |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 11/11/11            |  |                                       |  | 15-Data da última consulta                    |  |                                         |  |
| 13-Nome<br>SILVIO CESAR DE LIMA                                  |  |                                                |  | 14-Telefone<br>(11) 11111111                                 |  |                                       |  | 16-Data de Nascimento<br>15/02/1975           |  |                                         |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         |  |                                                |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>DIEGO ADRIANO RICARDO |  |                                       |  | 18-Número no CRO<br>121025                    |  |                                         |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1313131819113191812161111 |  |                                                |  | 22-Nome do Contratado Eventual<br>DIEGO ADRIANO RICARDO      |  |                                       |  | 23-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa      |  |                                         |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>DIEGO ADRIANO RICARDO      |  |                                                |  | 27-Número no CRO<br>121025                                   |  |                                       |  | 28-Código CBO S                               |  |                                         |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                  |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 30-Tabela                                                        |  | 31-Código do Procedimento                      |  | 32-Descrição                                                 |  | 33-Dentista Registro                  |  | 34-Ficha                                      |  | 35-Quantidade US                        |  |
| 1-10101815130001471                                              |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                        |  | HAID                                                         |  | 1                                     |  | 36100                                         |  | 37-Valor                                |  |
| 2-10101815130001471                                              |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                        |  | HASD                                                         |  | 1                                     |  | 36100                                         |  | 38-Franquia/Co-participação R\$         |  |
| 3-10101815130001471                                              |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                        |  | HASE                                                         |  | 1                                     |  | 36100                                         |  | 39-Aut                                  |  |
| 4-10101815130001471                                              |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                        |  | HAIE                                                         |  | 1                                     |  | 36100                                         |  | 40-Data de Realização                   |  |
| 5-11111111111111111111                                           |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  | 41-Motivo da Guia                       |  |
| 6-11111111111111111111                                           |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  | 42-Atendimento                          |  |
| 7-11111111111111111111                                           |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 8-11111111111111111111                                           |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 9-11111111111111111111                                           |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 10-11111111111111111111                                          |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 11-11111111111111111111                                          |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 12-11111111111111111111                                          |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 13-11111111111111111111                                          |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 14-11111111111111111111                                          |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 15-11111111111111111111                                          |  |                                                |  |                                                              |  |                                       |  |                                               |  |                                         |  |
| 43-Data Previsto 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\$ |  |
| 11/11/11 11/11/11                                                |  | 1-1 Tratamento Odontológico                    |  | 1-Total 2-Parcial                                            |  | 111114410101                          |  | 11111010101                                   |  | 11111111111                             |  |

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 obrigações 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-O serviço

|                                                                                    |  |                                                                        |  |                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/11/12 11/12/12 |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/11/12 11/12/12 |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/11/12 11/12/12 |  |
|                                                                                    |  |                                                                        |  | 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista<br>CRO 121025                |  |