

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



**383925**  
**INTERCÂMBIO**

|                          |                                              |                                          |                       |                                       |                                              |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/5/10 9/12/01 | 4-Data de Autorização<br>12/9/10 9/12/01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7909160 | 7-Data Validade da Senha<br>12/4/11 12/12/01 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|

|                                                    |                                |                                       |                                                |                                                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>01012025289291100011799011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>POSITIVO TECNOLOGIA S A | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>703501036503830 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

13-Nome  
ROSIANE VALARES DA SILVA

|                                   |                                                         |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 14-Telefone<br>(11) 2994403-51039 | 15-Nome do Titular do plano<br>ROSIANE VALARES DA SILVA |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|

03/10/1982

|                                                                      |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                      |                                                                    |
| 16-Atendimento a RH<br>N                                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLÍNICA ORAL D - MATRIZ     |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1594411038253                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR |
| 23-Nome do Profissional Executante<br>KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR | 24-UF<br>AM                                                        |
| 25-Número no CRO<br>4114                                             | 26-Código CBO S<br>04                                              |
| 27-Número no CRO<br>4114                                             | 28-Código CBO S<br>25-Código CNES                                  |
| 29-UF<br>AM                                                          | 30-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 Clima | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 08101000615               | CONSULTA ODONTOLÓGICA | 1               | 1       | 1      | 34,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 2-00      | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 3-00      | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 4-00      | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 5-00      | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 6-00      | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 7-00      | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 8-00      | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 9-00      | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 10-00     | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 11-00     | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 12-00     | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 13-00     | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 14-00     | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |
| 15-00     | 08401001918               | PROFILAXIA: POLIMENTO | 1               | 1       | 1      | 35,10            | 0,10     | 0,10                            | 1      | 11/11/10              | 20                 | Rosiane       |

|                                                    |                                                                                                              |                                              |                                   |                             |                                                  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência | 45-Tipo de Tratamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1174,10 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>11,10 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|

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 Consultado<br>11/11/11<br>Dra Kelly Mourão Aguiar | 51-Data local e Assinatura do Consultado<br>11/11/11<br>Dra Kelly Mourão Aguiar | 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/11/11<br>Rosiane Valares da Silva | 53-Data local e Assinatura da Empresa<br>11/11/11 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|