



franquizado para você aqui

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

308829  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
27/10/2014

4-Data de Autização  
30/04/2012

5-Senha  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7533608

7-Data Validade da Senha  
26/10/2017

8-Número da Carteira  
0002025199836000094011

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES

11-Data Validade da Carteira  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
AMADOR GUSTAVO DE FREITAS RODRIGUES

14-Telefone  
( ) - - - - -

15-Nome do titular do plano  
AMADOR GUSTAVO DE FREITAS RODRIGUES

16-Mandato a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

18-Número no CRO  
48860

19-UF  
MG

20-Código CBO S  
025 -  
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1631011393260011

22-Nome do Contratado Excludente  
ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

23-Número no CRO  
48860

24-UF  
MG

25-Código CINES

26-Nome do Profissional Excludente  
ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

27-Número no CRO  
48860

28-UF  
MG

29-Código CBO S

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dentista/Região | 34-Foco | 35-Qtd | 36-Cuantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Molho da Glosa 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|--------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------------------|
| 1-0       | 01853000471               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 0      | 01/10/2014            | [Assinatura]                    |
| 2-0       | 01853000471               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 0      | 01/10/2014            | [Assinatura]                    |
| 3-0       | 01853000471               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 0      | 01/10/2014            | [Assinatura]                    |
| 4-0       | 01853000471               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 0      | 01/10/2014            | [Assinatura]                    |
| 6-0       | 01810000651               | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                    | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     | 0,00                            | 0      | 01/10/2014            | [Assinatura]                    |
| 7-0       |                           |                         |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 8-0       |                           |                         |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 9-0       |                           |                         |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 10-0      |                           |                         |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 11-0      |                           |                         |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 12-0      |                           |                         |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 13-0      |                           |                         |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 14-0      |                           |                         |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 15-0      |                           |                         |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |

43-Data Prevista Término do Tratamento  
11/11/11

44-Tipo de Atendimento  
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento  
1-1-Totál 2-Parcial

46-Total Quantidade US  
1178,00

47-Valor Total R\$  
1178,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$  
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  
04/06/2014 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
04/06/2014 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Banista/Responsável  
04/06/2014 [Assinatura]

53-Data, local e Assinatura da Empresa  
04/06/2014 [Assinatura]

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente  
04/06/2014 [Assinatura]

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente  
04/06/2014 [Assinatura]

56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente  
04/06/2014 [Assinatura]

57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente  
04/06/2014 [Assinatura]

58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente  
04/06/2014 [Assinatura]

59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente  
04/06/2014 [Assinatura]

60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente  
04/06/2014 [Assinatura]

61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente  
04/06/2014 [Assinatura]