



1ª qualidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



507306  
INTERCÂMBIO

|                                                                     |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                            |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/14/10/13/12/11                                                             |  | 4-Data de Autorização<br>12/14/10/13/12/11  |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                          |  | 6-Número da Guia Principal<br>8417696    |  | 7-Data Validade da Senha<br>12/12/10/16/12/11     |  |
| Dados do Beneficiário                                               |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 8-Número da Carteira<br>00020120253656010000010102                  |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                             |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA        |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11/11 |  | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde    |  |                                                   |  |
| 13-Nome<br>GUILHERME DE JESUS SILVA MACEDO                          |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 14-Teléfono<br>(111) 11111111                                       |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 15-Nome do titular do plano<br>JESSICA SILVA DE JESUS               |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                     |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                            |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA                                       |  | 18-Número no CRO<br>16305                   |  | 19-UF<br>BA                                    |  | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |  |                                                   |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>016119141175213              |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA                                          |  | 23-Número no CRO<br>16305                   |  | 24-UF<br>BA                                    |  | 25-Código CNES                           |  |                                                   |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA |  | 27-Número no CRO<br>16305                                                                                  |  | 28-UF<br>BA                                 |  | 29-Código CBO S                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                     |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 30-Tabela                                                           |  | 31-Código do Procedimento                                                                                  |  | 32-Descrição                                |  | 33-Dente/Região                                |  | 34-Face                                  |  | 35-Qtd                                            |  |
| 1-00181000065                                                       |  | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                                                                      |  | 1111341000                                  |  | 0100                                           |  | S124/103/121                             |  | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura                  |  |
| 2-00184000198                                                       |  | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      |  | 1111351000                                  |  | 0100                                           |  | S124/103/121                             |  | X Desseleção                                      |  |
| 3-00184000198                                                       |  | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      |  | 1111351000                                  |  | 0100                                           |  | S124/103/121                             |  | X Desseleção                                      |  |
| 4-00184000198                                                       |  | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      |  | 1111351000                                  |  | 0100                                           |  | S124/103/121                             |  | X Desseleção                                      |  |
| 5-00184000198                                                       |  | PROFILAXIA: POLIMENTO                                                                                      |  | 1111351000                                  |  | 0100                                           |  | S124/103/121                             |  | X Desseleção                                      |  |
| 6-11111111111                                                       |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  | X Desseleção                                      |  |
| 7-11111111111                                                       |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 8-11111111111                                                       |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 9-11111111111                                                       |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 10-11111111111                                                      |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 11-11111111111                                                      |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 12-11111111111                                                      |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 13-11111111111                                                      |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 14-11111111111                                                      |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 15-11111111111                                                      |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                                |  |                                          |  |                                                   |  |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/11/11/11/11            |  | 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>1174100              |  | 47-Valor Total R\$<br>110100             |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>111111 |  |

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), foliaram 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>12/14/10/13/12/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/14/10/13/12/11 |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/14/10/13/12/11     |                                                                        |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>SSA                                         |                                                                        |