

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2<sup>AN</sup>



**447557**  
**INTERCÂMBIO**

|                          |                                             |                                         |                        |                                       |                                           |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/05/10 11/21 | 4-Data de Autorização<br>10/06/10 11/21 | 5-Sentia<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8172269 | 7-Data Validade da Guia<br>10/05/10 11/21 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|

**Dados do Beneficiário**

|                                                   |                                |                                      |                                          |                                       |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10/02/02 5340148000010102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                        |            |                      |                                                                     |
|----------------------------------------|------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>MARIANA DE FREITAS RESENDES | 04/06/2006 | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>PATRICIA PEREIRA DE FREITAS RESENDES |
|----------------------------------------|------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

|                          |                                                              |                           |             |                                             |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUANA WALGER DE FARIA | 18-Número no CRO<br>17756 | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|

|                                                    |                                                           |                           |             |                |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>04092818670 | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUANA WALGER DE FARIA | 23-Número no CRO<br>17756 | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                             |                           |             |                 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUANA WALGER DE FARIA | 27-Número no CRO<br>17756 | 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 | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Class | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|-----------------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|---------------------|----------------|
| 1-0        | 08100030                   | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                  | 1        |         | 34,00             |           | 0,00                             |         | 10/05/10               | 24                  | Dr. P.F.       |
| 2-         |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 3-         |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 4-         |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 5-         |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 6-         |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 7-         |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 8-         |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 9-         |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 10-        |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 11-        |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 12-        |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 13-        |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 14-        |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 15-        |                            |                       |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |

|                                                    |                                                                                                                 |                                              |                                  |                              |                                          |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44- Tipo de Atendimento<br>1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência | 45- Tipo de Pagamento<br>1- Total 2- Parcial | 46- Total Quantidade US<br>34,00 | 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 no contrato, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

**49-Observação**

|                                                                                          |                                                                              |                                                                             |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/11/10 11/21 Dr. P.F. | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/11/10 11/21 Dr. P.F. | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/11/10 11/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>12/11/10 11/21 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

**Dr. Luana Walger de Faria**  
 Cirurgiã Dentista/ Odontopediatra  
 CRO-BA- 17756