

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

419655  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                |                       |                                       |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/06/11 11/12/10 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8056057 | 7-Data Validade da Senha<br>11/04/10 21/12/11 |
|--------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                 |                                      |                                          |                                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202025333957000000101 | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

Dados do Contratado

|                                     |                              |                                                         |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>VALDINEIA SILVA DE BRITO | 14-Telefone<br>(11) 11111111 | 15-Nome do titular do plano<br>VALDINEIA SILVA DE BRITO |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                  |                           |             |                 |                |             |             |                 |                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|----------------|-------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA | 18-Número no CRO<br>17752 | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S | 25-Código ONES | 24-UF<br>BA | 28-UF<br>BA | 29-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|----------------|-------------|-------------|-----------------|--------------------------|

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

|               |                                                               |                           |
|---------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 0066323595213 | 22-Nome do Contratado Executante<br>THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA | 23-Número no CRO<br>17752 |
|---------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|

26-Nome do Profissional Executante

|                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| THHAYARA DAYAN SOUZA LIMA | 27-Número no CRO<br>17752 |
|---------------------------|---------------------------|

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-Molho da Glosa 42-Assinatura |
|-----------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------------------|
| 1-010185100196  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 34           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 29/11/2010            | Valdineia S                     |
| 2-010185100196  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 35           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 29/11/2010            | Valdineia S                     |
| 3-010185100196  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 44           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 29/11/2010            | Valdineia S                     |
| 4-010185100196  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 45           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 29/11/2010            | Valdineia S                     |
| 5-010185100196  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 26           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 29/11/2010            | Valdineia S                     |
| 6-010185100196  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 15           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 29/11/2010            | Valdineia S                     |
| 7-010185100196  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 16           | O               | 1       | 6      | 1,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 29/11/2010            | Valdineia S                     |
| 8-010185100196  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 9-010185100196  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 10-010185100196 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 11-010185100196 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 12-010185100196 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 13-010185100196 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 14-010185100196 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 15-010185100196 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |

|                                                      |                                                                                                              |                                             |                              |                              |                                                 |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>29/11/2010 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Valor Total R\$<br>427,00 | 47-Valor Total R\$<br>427,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>29/11/2010 | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/11/2010 | 52-Data, local e Assinatura da Empresa<br>29/11/2010 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

Thayara Dayan Souza + Valdineia Silva de Brito  
Thayara Dayan Souza  
20.11.2010

Dra. Thayara Dayan  
Cirurgiã - Dentista  
CRO-BA 17752