

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



359997

INTERCÂMBIO

|                          |                                                  |                                              |                       |                                       |                                                 |
|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 9 / 0 8 / 1 2 0 1 | 4-Data de Autorização<br>1 9 / 0 8 / 1 2 0 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7801582 | 7-Data Validade da Senha<br>1 7 / 1 1 / 1 2 0 1 |
|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------|

**Dados do Beneficiário**

|                                                                     |                                |                                        |                                                     |                                       |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>1 0 1 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 1 7 5 6 3 0 1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / / /           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ZELINA HELENA SIMOES                                     | 25/08/1958                     | 14-Telefone<br>( ) / / / / /           | 15-Nome do titular do plano<br>ZELINA HELENA SIMOES |                                       |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

|                          |                                                                     |                            |             |                 |                                                                              |                                                                  |                            |             |                |                                                                    |                            |             |                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA | 18-Número no CRO<br>112913 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 0 1 8 1 5 2 1 9 9 9 6 1 6 1 0 1 1 1 | 22-Nome do Contratado Executante<br>SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA | 23-Número no CRO<br>112913 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES | 26-Nome do Profissional Executante<br>SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA | 27-Número no CRO<br>112913 | 28-UF<br>SP | 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 Glosa 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-10      | 0181000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 30/08/2013            |                                  |
| 2-10      | 01815100196               | RESTAURAÇÃO RESINA      | 12              | D       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 30/08/2013            |                                  |
| 3-0       | 01815300047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 30/08/2013            |                                  |
| 4-0       | 01815300047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 30/08/2013            |                                  |
| 5-0       | 01815300047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 30/08/2013            |                                  |
| 6-0       | 01815300047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 30/08/2013            |                                  |
| 7-1       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-1       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-1       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10-1      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11-1      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12-1      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13-1      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14-1      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15-1      |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                               |                                                                                                         |                                             |                                  |                             |                                                |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>239,00 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ / |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) 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 pagar os custos conforme previsto em contrato.

**49-Observação**

|                                                                                                         |                                                                                             |                                                                                              |                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>31/08/2013 Suelen Mezzette de Oliveira | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>31/08/2013 Suelen Mezzette de Oliveira | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>31/08/2013 Zelina Helena Simoes | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>31/08/2013 Cirurgia - Dentista |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|