

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2<sup>o</sup> N<sup>o</sup>



**1096530**  
**INTERCÂMBIO**

|                          |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/01/08 11/21 | 4-Data de Autorização<br>11/01/08 11/21 | 5-Semha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>10232917 | 7-Data Validade da Semha<br>10/08/11 11/21 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                  |                                |                                        |                                     |                                       |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025105506016016843011 | 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>THAIS JUSTINO CAETANO | 14-Teléfono<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>THAIS JUSTINO CAETANO |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                   |                                                                       |                            |                 |                                             |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RU<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE    | 18-Número no CRO<br>134922 | 19-UF<br>SP     | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>144984113000144            | 22-Nome do Contratado Executante<br>NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA | 23-Número no CRO<br>138944 | 24-UF<br>SP     | 25-Código CHES<br>2879549                   |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE | 27-Número no CRO<br>134922                                            | 28-UF<br>SP                | 29-Código CBO S |                                             |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Item | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Causa | 42-Assinatura |
|---------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0     | 085100196                 | RESTAURAÇÃO RESINA | 21              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 10/08/08              |                    |               |
| 2-      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                             |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>10/08/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>61,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                           |                                                                                   |                                                                       |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>10/08/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista, Cirurgião Dentista<br>10/08/11 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/08/11 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>10/08/11 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Gabriela S. Cruz  
Cirurgiã Dentista  
CROSP 138944

Nolasco Odontologia  
Rua Caqueto, 57  
Tel: 3473-6655