

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|--------------------------|--|------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/2/11 10/12/10                       |  | 4-Data de Autorização<br>10/7/11 10/12/10 |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO    |  | 6-Número da Guia Principal<br>7929465    |  | 7-Data Validade da Senha<br>13/1/11 12/12/10  |  | 388809<br>INTERCÂMBIO                                          |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 8-Número da Carteira<br>10020202519981360002199011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA            |  |                          |  | 10-Empresa<br>CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES |  |                                               |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/1/11 11/1/11                |  | 12-Número do Contrato Nacional de Saúde                                         |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 13-Nome<br>MANOEL RONIVON FURTADO OLIVEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                     |  | 18/09/1968                                |  |                          |  | 14-Telefone<br>( ) - - - - -             |  |                                               |  | 15-Nome do titular do plano<br>MANOEL RONIVON FURTADO OLIVEIRA |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 16-Alteramento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA |  |                                           |  | 19-Número no CRO<br>9574 |  | 20-Código CBO S<br>BA                    |  | 21-UF<br>BA                                   |  | 22-UF<br>BA                                                    |  | 23-UF<br>BA                                                                     |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1017447152508                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA    |  |                                           |  | 23-Número no CRO<br>9574 |  | 24-UF<br>BA                              |  | 25-Código CNES                                |  | 26-UF<br>BA                                                    |  | 27-UF<br>BA                                                                     |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 28-Nome do Profissional Executante<br>CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 29-Número no CRO<br>9574                                            |  | 28-UF<br>BA                               |  | 29-Código CBO S          |  | 24-UF<br>BA                              |  | 25-Código CNES                                |  | 26-UF<br>BA                                                    |  | 27-UF<br>BA                                                                     |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 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                                                                        |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 1-000810000065                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                               |  |                                           |  | 1                        |  | 34                                       |  | 00                                            |  | 00                                                             |  | 00                                                                              |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  |                                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 43-Data Prevista<br>10/3/10/12/10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico               |  | 45-Exame Radiológico                      |  | 46-Ortodontia            |  | 47-Urgência/Emergência                   |  | 48-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial |  | 49-Valor Total R\$<br>34,00                                    |  | 46-Total Quantidade US<br>34,00                                                 |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 45-Valor Total R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  | 46-Total Quantidade US                                                          |  | 47-Valor Total R\$                                                                      |  | 48-Total Franchia / 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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  | 49-Observação                                                                   |  |                                                                                         |  |                                                        |  |
| 50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>10/3/10/12/10, Clara Bastos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                     |  |                                           |  |                          |  |                                          |  |                                               |  |                                                                |  | 51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/3/10/12/10, Clara Bastos |  | 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/3/10/12/10, Clara Bastos |  | 53-Data Local e Assinatura da Empresa<br>10/3/10/12/10 |  |