

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

475227  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>11/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8292440 | 7-Data Validade da Senha<br>12/10/15 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

**Dados do Beneficiário**

|                                                 |                                |                                      |                                     |                                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10020253067840000010101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                   |                      |                                                       |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>BRUNO MAYRINCH ARVELOS | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>BRUNO MAYRINCH ARVELOS |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

|                          |                                                                  |                           |             |                 |                                                     |                                                               |                           |             |                |                                                                 |                           |             |                 |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO | 18-Número no CRO<br>14941 | 19-UF<br>SC | 20-Código CBO S | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>127113232818 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO | 23-Número no CRO<br>14941 | 24-UF<br>SC | 25-Código CNES | 26-Nome do Profissional Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO | 27-Número no CRO<br>14941 | 28-UF<br>SC | 29-Código CBO S |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

**Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados**

| 30-Tabela        | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Old | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura |
|------------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0108140001198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASE         | 1               | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | 0      | 11/10/2012            |                                  |
| 2-0108140001198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASD         | 1               | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | 0      | 11/10/2012            |                                  |
| 3-0108140001198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAIE         | 1               | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | 0      | 11/10/2012            |                                  |
| 4-0108140001198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAID         | 1               | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | 0      | 11/10/2012            |                                  |
| 5-0108140001198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6-0108140001198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-0108140001198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-0108140001198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-0108140001198  | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10-0108140001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11-0108140001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12-0108140001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13-0108140001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14-0108140001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15-0108140001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                    |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>140,00 | 47-Valor Total R\$ | 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) 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>11/10/2012 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/10/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável<br>BRUNO MAYRINCH ARVELOS | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/10/2012 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

Dr. Anderson L. Feirino  
Clínica Geral  
CRP-SS 40.943