



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1863081  
INTERCAMBIO

|                          |                                       |                                   |                      |                                        |                                     |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão de Guia<br>12/05/04 | 4-Data de Autorização<br>10/08/05 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>12418744 | 7-Data Validade da Guia<br>12/04/07 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|

|                                              |                                |                                      |                                          |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202558466300001011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                |            |                              |                                                    |
|--------------------------------|------------|------------------------------|----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>SELMA LIMA FERREIRA | 27/01/1965 | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>SELMA LIMA FERREIRA |
|--------------------------------|------------|------------------------------|----------------------------------------------------|

|                        |                                                                      |                          |             |                                             |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Acadêmico a RV<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>DANYELLE FRANCA DA SILVA GALO | 18-Número no CRO<br>8899 | 19-UF<br>ES | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------------------------|

|                                                       |                                                            |                          |             |                           |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|
| 21-Código no Operadora / CNP / CPF<br>385343200001021 | 22-Nome do Contratado Excedente<br>CLINICA ODONTO DEF LTDA | 23-Número no CRO<br>8899 | 24-UF<br>ES | 25-Código CNES<br>0413461 |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|

|                                                                    |                          |             |                 |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Excedente<br>DANYELLE FRANCA DA SILVA GALO | 27-Número no CRO<br>8899 | 28-UF<br>ES | 29-Código CBO S |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

| 30-Tabela                                                                        | 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 Guia | 42-Assinatura |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-000                                                                            | 81000065                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 | 1       |        | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 10/05/04              |                   | S. Lucas      |
| 2-000                                                                            | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                 | 1       |        | 144,00           | 0,00     |                                 |        | 10/05/04              |                   |               |
| 3-                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15                                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 43-Data Prevista Término do Tratamento                                           |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 44-Tipo de Atendimento                                                           |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 45-Tipo de Faturamento                                                           |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 1-Total 2-Parcial                                                                |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 46-Total Quantidade US                                                           |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 178,00                                                                           |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 47-Valor Total R\$                                                               |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 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) 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>10/05/04 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário<br>10/05/04 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/05/04 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>10/05/04 |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

ORSEVAV Dr. Danyelle Franca Galo  
CRO-ES 8899

ESCAVA Dr. Danyelle Franca Galo  
CRO-ES 8899

ESCAVA Clínica Odontol. Def. Ltda.  
Tel: 27 3535-3848 / 27 3988-5241  
CNPJ: 38.534.320/0001-02