

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

358211  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
11/11/2011

6-Número da Guia Principal  
7793418

5-Santa  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
12/18/10 19/12/10

3-Data de Emissão da Guia  
11/17/10 18/12/10

1-Registro ANS  
406414

**Dados do Beneficiário**

|                                                     |                                |                                      |                                                                    |                                       |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>100202025301711380100010102 | 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>MIRIANE ALMEIDA MELO                     | 10/04/2003                     | 14-Teléfono<br>(11) 11111111         | 15-Nome do titular do plano<br>ANTONIA FRANCISCA DE ALMEIDA SANTOS |                                       |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

|                                                             |                                                              |                          |             |                                          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                    | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>IRANI XAVIER DE SOUZA | 18-Número no CRO<br>9636 | 19-UF<br>DF | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>3181186039104        | 22-Nome do Contratado Executante<br>IRANI XAVIER DE SOUZA    | 23-Número no CRO<br>9636 | 24-UF<br>DF |                                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>IRANI XAVIER DE SOUZA |                                                              | 27-Número no CRO<br>9636 | 28-UF<br>DF |                                          |

**Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados**

| 30-Tabella      | 31-Código de 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 |
|-----------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-001810000065  |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA   | 1               |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 11/11/11              |                                  |
| 2-001853000047  |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 11/11/11              |                                  |
| 3-001853000047  |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 11/11/11              |                                  |
| 4-001853000047  |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 11/11/11              |                                  |
| 5-001853000047  |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 11/11/11              |                                  |
| 6-001853000047  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-001853000047  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-001853000047  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-001853000047  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10-001853000047 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11-001853000047 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12-001853000047 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13-001853000047 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14-001853000047 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15-001853000047 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                    |                                                                                                              |                                               |                                  |                             |                                                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>117,80 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas da realização, 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>11/11/11 11/11/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/11/11 11/11/11 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/11/11 11/11/11 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>11/11/11 11/11/11 |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

Dr. Irani Xavier de Souza  
CRO - DF 9636