



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

ZAN



|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>14/10/2012 | 5-Série<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>9562415 | 7-Data Validade da Série<br>10/10/15 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

869696  
INTERCÂMBIO

8-Número do Cartão

|                     |
|---------------------|
| 0002025463020000101 |
|---------------------|

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

|                                     |
|-------------------------------------|
| 11-Data Validade da Carteira<br>/ / |
|-------------------------------------|

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome  
GEORGE SILVA DA CUNHA

22/04/1966

14-Telefone  
( ) -

15-Nome do titular do plano  
GEORGE SILVA DA CUNHA

16-Endereço do Profissional Solicitante

17-Nome do Profissional Solicitante  
MARIA MARTA DO AMARAL

18-Número no CRO  
18210

19-UF  
RJ

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1565113100615

22-Nome do Contratado Executante  
MARIA MARTA DO AMARAL

23-Número no CRO  
18210

24-UF  
RJ

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante  
MARIA MARTA DO AMARAL

27-Número no CRO  
18210

28-UF  
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tela                                 | 31-Código no Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Régio | 34-Face | 35-QD | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo de Causa | 42-Exatidão |
|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------|---------|-------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------|
| 1-00                                    | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD           | 1       | 1     | 3,60             | 0,00     |                                 | S      | 11/02/12              |                    | 60          |
| 2-10                                    | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE           | 1       | 1     | 3,60             | 0,00     |                                 | S      | 11/02/12              |                    | 60          |
| 3-10                                    | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAD            | 1       | 1     | 3,60             | 0,00     |                                 | S      | 11/02/12              |                    | 60          |
| 4-10                                    | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE           | 1       | 1     | 3,60             | 0,00     |                                 | S      | 11/02/12              |                    | 60          |
| 5-10                                    | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | 46             | V       | 1     | 6,10             | 0,00     |                                 | S      | 11/02/12              |                    | 60          |
| 6-10                                    | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | 43             | V       | 1     | 6,10             | 0,00     |                                 | S      | 11/02/12              |                    | 60          |
| 7-10                                    | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | 44             | V       | 1     | 6,10             | 0,00     |                                 | S      | 11/02/12              |                    | 60          |
| 8-10                                    | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | 25             | V       | 1     | 6,10             | 0,00     |                                 | S      | 11/02/12              |                    | 60          |
| 9-1                                     |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 10                                      |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 11                                      |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 12                                      |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 13                                      |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 14                                      |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 15                                      |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 43-Dado Previsão Término do Tratamento  |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 44-Tipo de Atendimento                  |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 45-Tipo de Tratamento                   |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 46-Total Quantidade US                  |                           |                         |                |         |       |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 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 no 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Endereço e Assinatura do Solicitante

51-Data e Assinatura do Profissional Solicitante

52-Data e Assinatura do Segurante / Responsável

53-Data e Assinatura do Profissional

Nome Maria do Amaral  
Cirurgia Dentista

CPF 149310-2