



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP

426962  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/11/2012                          | 4-Data de Autorização<br>11/11/2012    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                    | 6-Número da Guia Principal<br>8086462 | 7-Data Validade da Senha<br>21/11/2012 |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601404201                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                        |
| 13-Nome<br>ANGELICA LIMBERG ROGAI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 14-Telefone<br>09/02/1965                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 15-Nome do titular do plano<br>ANGELICA LIMBERG ROGAI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR | 18-Acadêmico no CRO<br>30136           | 19-UF<br>SP                              | 20-Código CBO S<br>10                 | 025 -<br>Faturar Empresa               |
| 21-Código na Operadora - CNPJ / CPF<br>04450751809                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 22-Nome do Contratado Executante<br>NORA CLAROS BAUTISTA PATINO  | 23-Número no CRO<br>30136              | 24-UF<br>SP                              | 25-Código CNES<br>0185400173-21       | Enviar - RX<br>(I) 85400173-21         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NORA CLAROS BAUTISTA PATINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 27-Número no CRO<br>30136                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 28-UF<br>SP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 29-Código CBO S<br>(I) 85400173-12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 31-Código do Procedimento                                        | 32-Descrição                           | 33-Dente/Região                          | 34-Face                               | 35-Qnt                                 |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0085400173                                                       | COROA TOTAL METALO                     | 21                                       | 1                                     | 1                                      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0085400173                                                       | COROA TOTAL METALO                     | 12                                       | 1                                     | 1                                      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 36-Quantidade US                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 37-Valor                                                         | 38-Franquia/Co-participação R\$        | 39-Aut                                   | 40-Data de Realização                 | 41-Motivo da Glosa                     |
| 872100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0100                                                             |                                        |                                          | 11/11/2012                            |                                        |
| 872100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0100                                                             |                                        |                                          | 11/11/2012                            |                                        |
| 42-Assinatura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 44-Tipo de Atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 45-Tipo de Faturamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 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 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| Anexar foto final com instalada para produção.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                        |                                          |                                       |                                        |