

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

160386  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                              |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                     |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/06/09 11:22                          |  | 4-Data de Autorização<br>12/06/09 11:22 |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                    |  | 6-Número da Guia Principal<br>10406298 |  | 7-Data Validade da Senha<br>12/05/12 11:22 |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                        |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 8-Número da Carteira<br>100202547117700000101                                                                |  | 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>VALQUIRIA RODRIGUES DE MIRANDA  |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                              |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                     |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>VIVIAN LEMES OLIVEIRA         |  | 18-Número no CRO<br>15789               |  | 19-UF<br>GO                              |  | 20-Código CBO S                        |  | 21-Data Validade da Carteira<br>11/11/11   |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>37223174000123                                                        |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LIV. ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA |  | 23-Número no CRO<br>15789               |  | 24-UF<br>GO                              |  | 25-Código CNES<br>9999999              |  | 26-Data Validade da Carteira<br>11/11/11   |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>VIVIAN LEMES OLIVEIRA                                                  |  | 27-Número no CRO<br>15789                                            |  | 28-UF<br>GO                             |  | 29-Código CBO S                          |  | 30-Código CBO S                        |  | 31-Data Validade da Carteira<br>11/11/11   |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                              |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 30-Tabela                                                                                                    |  | 31-Código do Procedimento                                            |  | 32-Descrição                            |  | 33-Dente/Região                          |  | 34-Face                                |  | 35-Qtd                                     |  |
| 1-0101851100200                                                                                              |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 2-0101851100200                                                                                              |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 3-0101851100200                                                                                              |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 4-0101851100200                                                                                              |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 5-0101851100200                                                                                              |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 6-0101851100200                                                                                              |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 7-0101851100200                                                                                              |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 8-0101851100200                                                                                              |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 9-0101851100200                                                                                              |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 10-0101851100200                                                                                             |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 11-0101851100200                                                                                             |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 12-0101851100200                                                                                             |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 13-0101851100200                                                                                             |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 14-0101851100200                                                                                             |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 15-0101851100200                                                                                             |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                   |  | 15                                      |  | DO                                       |  | 1                                      |  | 1                                          |  |
| 36-Franquia/Co-participação R\$                                                                              |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 37-Valor                                                                                                     |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 38-Aut                                                                                                       |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 40-Data de Realização                                                                                        |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 41-Motivo da Clossa 42-Assinatura                                                                            |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>12/06/09 11:22                                                     |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 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                                                                                       |  |                                                                      |  |                                         |  |                                          |  |                                        |  |                                            |  |
| 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>12/06/09 11:22 |  |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/06/09 11:22             |  |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/06/09 11:22     |  |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11                                 |  |