

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A\*



321931  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                |                                         |                       |                                       |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/08/10 06/12 01 | 4-Data de Autorização<br>01/01/06/12 01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7621344 | 7-Data Validade da Senha<br>01/06/10 09/12 01 |
|--------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                          |  |                                                  |                                |                                      |                                                |                                         |
|--------------------------|--|--------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Direitos do Beneficiário |  | 8-Número da Carteira<br>000202529888000000010102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>01/01/11/11/11 | 12-Número do Contrato Nacional da Saúde |
|--------------------------|--|--------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|

|                                       |  |                              |                                                     |
|---------------------------------------|--|------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>MARIA CLARA FLEXA DE SOUZA |  | 14-Teléfono<br>(11) 11111111 | 15-Nome do titular do plano<br>CLEYTON CASTRO SOUZA |
|---------------------------------------|--|------------------------------|-----------------------------------------------------|

|                                                 |  |                          |                                                                |                         |             |                 |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  | 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO | 18-Número no CRO<br>563 | 19-UF<br>AP | 20-Código CBO S |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|

|                                                    |  |                                                             |                         |             |                |
|----------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>93894813253 |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO | 23-Número no CRO<br>563 | 24-UF<br>AP | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|----------------|

|                                                               |  |                         |             |                 |
|---------------------------------------------------------------|--|-------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO |  | 27-Número no CRO<br>563 | 28-UF<br>AP | 29-Código CBO S |
|---------------------------------------------------------------|--|-------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela          | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição              | 33-Dente/Região | 34-Faixa | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Class 42-Assinatura |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|----------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-010181100000301  |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                 |          | 1      | 1                | 34,00    | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 2-010181400000901  |                           | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |          | 1      | 1                | 7,20     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 3-010181510001916  |                           | RESTAURAÇÃO RESINA        | 63              | V        | 1      | 1                | 6,10     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 4-010181510001916  |                           | RESTAURAÇÃO RESINA        | 53              | V        | 1      | 1                | 6,10     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 5-010181510001916  |                           | RESTAURAÇÃO RESINA        | 83              | V        | 1      | 1                | 6,10     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 6-010181300000819  |                           | EXODONTIA SIMPLES DE      | 64              |          | 1      | 1                | 7,30     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 7-010181300000819  |                           | EXODONTIA SIMPLES DE      | 65              |          | 1      | 1                | 7,30     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 8-010181300000819  |                           | EXODONTIA SIMPLES DE      | 54              |          | 1      | 1                | 7,30     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 9-010181300000819  |                           | EXODONTIA SIMPLES DE      | 55              |          | 1      | 1                | 7,30     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 10-010181300000819 |                           | EXODONTIA SIMPLES DE      | 52              |          | 1      | 1                | 7,30     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 11-010181300000819 |                           | EXODONTIA SIMPLES DE      | 74              |          | 1      | 1                | 7,30     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 12-010181300000819 |                           | EXODONTIA SIMPLES DE      | 75              |          | 1      | 1                | 7,30     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 13-010181300000819 |                           | EXODONTIA SIMPLES DE      | 84              |          | 1      | 1                | 7,30     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 14-010181300000819 |                           | EXODONTIA SIMPLES DE      | 85              |          | 1      | 1                | 7,30     | 0,00                            |        | 06/11/10              | 7 joshi                          |
| 15                 |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                       |                                                                                                              |                                              |                                  |                            |                                               |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>01/11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Fraturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>946,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia/Co-participação R\$<br>0,00 |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|

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.

48-Observação

|                                                                             |                                                               |                                                                       |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/10/2010 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>06/11/10 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>06/11/10 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>06/11/10 |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

7 joshi Flexa e souza

