



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



|                                                                     |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  |                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|------------------------|--|--------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                            |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/11/11 11/12/10 |  | 5-Sincha<br>AUTORIZADO |  | 6-Data de Autorização<br>11/11/11 11/12/10 |  | 7-Data Validade da Sincha<br>09/11/11 11/12/11 |  | 416329<br>INTERCÂMBIO                                           |  |
| Dados do Beneficiário                                               |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700009118643102        |  |
| 8-Número de Carteira<br>000379994065430961                          |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 11-Data Validade de Carteira<br>11/11/11 11/11/11               |  |
| 13-Nome<br>VALDERIO RODRIGUES DE JESUS                              |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 15-Nome do titular do plano<br>ANA RAQUEL DE SOUSA LIMA DE JE   |  |
| 16-Mendicância a RN<br>N                                            |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 20-Código CBO S<br>801 -                                        |  |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200<br>(II) 85100200 |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>114128541172911              |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 24-UF<br>RJ                                                     |  |
| 26-Nome do Profissional Excusante<br>KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA   |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 28-UF<br>RJ                                                     |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                     |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 29-Código CBO S                                                 |  |
| 30-Tabela                                                           |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 32-Descrição                                                    |  |
| 31-Código de Procedimento                                           |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 33-Quantidade US                                                |  |
| 34-Faixa                                                            |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 35-Ord                                                          |  |
| 36-Quantidade US                                                    |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 37-Valor                                                        |  |
| 38-Franquia/Co-participação R\$                                     |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 39-Aut                                                          |  |
| 40-Data de Realização                                               |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura                                |  |
| 1-1000185110011961                                                  |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 2-1000185110012001                                                  |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 3-1000185110012001                                                  |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 4-1000185110011961                                                  |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 5-1000185110011961                                                  |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 6-1000185110011961                                                  |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 7-1000185110011961                                                  |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 8-1000185110011961                                                  |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 9-1000185110011961                                                  |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 10-1000185110011961                                                 |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 11-1000185110011961                                                 |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 12-1000185110011961                                                 |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 13-1000185110011961                                                 |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 14-1000185110011961                                                 |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 15-1000185110011961                                                 |  |                                                |  |                        |  |                                            |  |                                                |  | RESTAURAÇÃO RESINA                                              |  |
| 43-Data Previsão 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 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 Cidadão Solicitante<br>11/12/11 11/12/10 Cirurgiã-Dentista |  | 51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>11/12/11 11/12/10 Cirurgiã-Dentista |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/12/11 11/12/10 |  | 53-Data, local e Assinatura do Operador<br>11/12/11 11/12/10                   |  |
| 54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>11/12/11 11/12/10 |  | 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/12/11 11/12/10            |  | 56-Data, local e Assinatura do Operador<br>11/12/11 11/12/10                                   |  | 57-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>11/12/11 11/12/10   |  | 58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/12/11 11/12/10 |  |