

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



937311  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                         |                                      |                                                               |                                                         |                                        |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/04/2012 | 4-Data de Autorização<br>07/04/2012  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                         | 6-Número da Guia Principal<br>9772250                   | 7-Data Validade da Senha<br>06/07/2012 |
| Dados do Beneficiário                                           |                                         |                                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                         |                                                         |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>00202543496100000101                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA          | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 15-Nome do titular do plano<br>CARLOS ALBERTO FRANCISCO |                                        |
| 13-Nome<br>CARLOS ALBERTO FRANCISCO                             |                                         |                                      | 14-Telefone<br>( ) -                                          | 16-Atendimento a RN<br>N                                |                                        |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMAO                    |                                         |                                      | 18-Número no CRO<br>45287                                     | 19-UF<br>SP                                             | 20-Código CBO S<br>11                  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>73096334749              |                                         |                                      | 22-Nome do Contratado Executante<br>ELISETTE MARIA ANTONIASSI | 23-Número no CRO<br>45287                               | 24-UF<br>SP                            |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>ELISETTE MARIA ANTONIASSI |                                         |                                      | 26-Número no CRO<br>45287                                     | 27-UF<br>SP                                             | 28-Código CNES                         |
| 29-Código CBO S                                                 |                                         |                                      | 025 - Faturar Empresa                                         |                                                         |                                        |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     | 107/10/12                       |        |                       |                    | Carls         |
| 2-        | 0082000336                | CIRURGIA A RETALHO    | S3              |         | 1      | 227,00           | 0,00     | 11/10/12                        |        |                       |                    | Carls         |
| 3-        | 0082000336                | CIRURGIA A RETALHO    | S6              |         | 1      | 227,00           | 0,00     | 19/10/12                        |        |                       |                    | Carls         |
| 4-        | 0082000336                | CIRURGIA A RETALHO    | S2              |         | 1      | 227,00           | 0,00     | 07/10/12                        |        |                       |                    | Carls         |
| 5-        | 0082000336                | CIRURGIA A RETALHO    | S5              |         | 1      | 227,00           | 0,00     | 19/10/12                        |        |                       |                    | Carls         |
| 6-        | 0082000336                | CIRURGIA A RETALHO    | S1              |         | 1      | 227,00           | 0,00     | 07/10/12                        |        |                       |                    | Carls         |
| 7-        | 0082000336                | CIRURGIA A RETALHO    | S4              |         | 1      | 227,00           | 0,00     | 11/10/12                        |        |                       |                    | Carls         |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            |                                                                             |                                   |                                                                         |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                                 | 46-Total Quantidade US<br>1396,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00                                              | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
| <p>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(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.</p> |                                                                                                            |                                                                             |                                   |                                                                         |                                         |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                            | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>09/10/2012 |                                   | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/10/2012 |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                            | 52-Data, local e Carimbo da Empresa                                         |                                   | 53-Data, local e Carimbo da Empresa                                     |                                         |