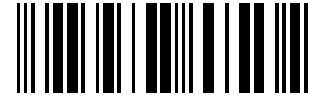


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1201765  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 5 / 1 0 / 2 2 | 4-Data de Autorização<br>0 4 / 1 1 / 2 2 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>10520980 | 7-Data Validade da Senha<br>2 3 / 0 1 / 2 3 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                                 |                                |                                      |                                                               |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 8 2 4 1 5 0 0 0 0 0 1 0 1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO 01/01/1980            |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                          |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>DENTISTA TESTE PF | 18-Número no CRO<br>77777 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>3 7 6 8 3 5 9 6 1 1 6 | 22-Nome do Contratado Executante<br>DENTISTA TESTE PF    | 23-Número no CRO<br>77777 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>DENTISTA TESTE PF      |                                                          | 27-Número no CRO<br>77777 | 28-UF<br>PR | 29-Código CBO S |

025 -  
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 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-        | 0 0   8 4 0 0 0 1   9 8   | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 3 5   0 0        | 0   0 0  | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 2-        | 0 0   8 4 0 0 0 1   9 8   | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 3 5   0 0        | 0   0 0  | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 3-        | 0 0   8 4 0 0 0 1   9 8   | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 3 5   0 0        | 0   0 0  | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 4-        | 0 0   8 4 0 0 0 1   9 8   | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 3 5   0 0        | 0   0 0  | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          | S                               |        | / /                   |                     |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                         |                                       |                                             |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 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>1 4   0   0 0 | 47-Valor Total R\$<br>        0   0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br> |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

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>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|