

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



|                          |                                             |                                         |                       |                                       |                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/3/10 7/12/0 | 4-Data de Autorização<br>10/8/10 7/12/0 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7682269 | 7-Data Validade da Senha<br>10/1/11 10/12/0 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

333790  
 INTERCAMBIO

|                                                |                                |                                            |                                             |                                              |
|------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0002025304298000000701 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INST DE APOIO TEC SOCIAL AOS | 11-Data Validade da Carteira<br>1/1/11/1/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>360 |
|------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|

GUIA  
 CONCLUIDA

13-Nome  
ALDINEI BORGES DE ALMEIDA

10/03/1976

|                              |
|------------------------------|
| 14-Telefone<br>( ) - - - - - |
|------------------------------|

15-Nome do titular do plano  
ALDINEI BORGES DE ALMEIDA

|                          |                                                                |                         |             |                 |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Alteramento 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 CRO S |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|

025 -  
 Faturar Empresa

|                                                    |                                                             |                         |             |                |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|----------------|
| 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 Escutante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO | 27-Número no CRO<br>563 | 28-UF<br>AP | 29-Código CRO S |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Cláusula | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| 1-00      | 81000030                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       | 1      | 3,40             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 2-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 3-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 4-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 5-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 6-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 7-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 8-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 9-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 10-00     | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 11-00     | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 12-00     | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 13-00     | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 14-00     | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |
| 15-00     | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA    |                 | 1       | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 | S      | 08/07/10              |                       | Aldinei       |

|                                                  |                                                                                                              |                                             |                                  |                            |                                                 |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>1/1/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>662,00 | 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Solicitante<br>08/07/10 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/07/10 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/07/10 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>08/07/10 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Aldinei Borges de Almeida