

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



25

24h

|                                 |                                             |                                         |                          |                                             |                                            |
|---------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br><b>406414</b> | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/11 12:11 | 4-Data de Autorização<br>11/11/11 11:11 | 5-Senha<br><b>ABERTO</b> | 6-Número da Guia Principal<br><b>450114</b> | 7-Data Validade da Senha<br>08/10/11 12:11 |
|---------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|

**450114**  
**INTERCÂMBIO**

|                                                |                                       |                                               |                                                |                                       |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0102025198181200012303 | 9-Plano<br><b>POS REDE PRESTADORA</b> | 10-Empresa<br><b>CYA VERDE LOGISTICA LTDA</b> | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 11:11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                  |                              |                                                              |
|--------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br><b>IAGO GABRIEL ARRAIS DOS SANTOS</b> | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br><b>TIAGO SILVA DOS SANTOS</b> |
|--------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                                                        |                                                                         |                                 |                    |                                 |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br><b>N</b>                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br><b>JEFERSON FERNANDO MARTINS</b> | 18-Número no CRO<br><b>3297</b> | 19-UF<br><b>AL</b> | 20-Código CBO S<br><b>025 -</b> |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>191234102611872                 | 22-Nome do Contratado / Executante<br><b>JEFERSON FERNANDO MARTINS</b>  | 23-Número no CRO<br><b>3297</b> | 24-UF<br><b>AL</b> | 25-Código CNES                  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br><b>JEFERSON FERNANDO MARTINS</b> | 27-Número no CRO<br><b>3297</b>                                         | 28-UF<br><b>AL</b>              | 29-Código CBO S    |                                 |

|                                                 |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 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       |
|-----------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------------|
| 1-010811000057  |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE | 36              |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 11/08/11 12:11        |                    | <i>[Assinatura]</i> |
| 2-111111111111  |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 3-111111111111  |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 4-111111111111  |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 5-111111111111  |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 6-111111111111  |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 7-111111111111  |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 8-111111111111  |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 9-111111111111  |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 10-111111111111 |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 11-111111111111 |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 12-111111111111 |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 13-111111111111 |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 14-111111111111 |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |
| 15-111111111111 |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                     |

|                                                          |                                                                                                              |                                             |                             |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>11/11/11 11:11 | 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-Valor Total R\$<br>34,00 | 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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.

2a. feito em contrato de 08/10/11 12:11

|                                                                                       |                                                                           |                                                                             |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>10/08/11 01/11 11:11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/08/11 01/11 11:11 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/01/11 11:41 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 11:11 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

CRO-AL 3297