

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

398856  
INTERCÂMBIO

|                          |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/09/11 01/20 | 4-Data de Autorização<br>11/09/11 01/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50200002 | 7-Data Validade da Sanha<br>11/07/11 01/21 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                            |                                |                                  |                                             |                                                          |
|--------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>003700000030760111 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ALACORO - NOVO COD | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde<br>708408726007068 |
|--------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                           |                           |                                                               |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>MARIA EDUARDA GUIMARAES DUARTE | 14-Teléfono<br>14/04/1992 | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA EDUARDA GUIMARAES DUARTE |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                       |                           |             |                          |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE | 18-Número no CRO<br>17808 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>801 - |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|

|                                                      |                                                                  |                           |             |                                   |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1720386327115 | 22-Nome do Contratado Exatante<br>MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE | 23-Número no CRO<br>17808 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES<br>Faturar Empresa |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------------|

|                                                                    |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Exatante<br>MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE | 27-Número no CRO<br>17808 | 28-UF<br>RJ | 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 Glasa 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0       | 081000065                 | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 19/10/20              | x Vivo                           |
| 2-0       | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 19/10/20              | x Vivo                           |
| 3-0       | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 19/10/20              | x Vivo                           |
| 4-0       | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 19/10/20              | x Vivo                           |
| 5-0       | 084000198                 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 19/10/20              | x Vivo                           |
| 6-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>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-Total Quantidade US<br>174,00 | 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(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

Nº Zita de S. de Andrade  
CRO 17-808

|                                                                                 |                                                                     |                                                                             |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/09/11 01/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/09/11 01/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/09/11 01/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|