

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

482963  
INTERCÂMBIO

|                                                                                        |                                            |                                        |                                                                  |                                       |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                               | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/3/02/12/11 | 4-Data de Autorização<br>12/5/02/12/11 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                            | 6-Número da Guia Principal<br>8321316 | 7-Data Validade da Senha<br>12/4/05/12/11 |
| 8-Número da Carteira<br>0020215106001520601                                            |                                            |                                        | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   |                                       |                                           |
| 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                                                 |                                            |                                        | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                         |                                       |                                           |
| 12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento<br>MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA FELIX |                                            |                                        | 13-Nome do Titular do plano<br>MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA FELIX |                                       |                                           |
| 14-Telefone<br>( ) -                                                                   |                                            |                                        | 15-Número de Cartão Nacional de Saúde                            |                                       |                                           |

|                                                                    |  |                                                                     |  |                           |  |                 |  |                                               |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|-----------------|--|-----------------------------------------------|--|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR |  | 18-Número no CRO<br>94101 |  | 19-UF<br>SP     |  | 20-Código CBO S<br>025 -                      |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11715162181897              |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR    |  | 23-Número no CRO<br>94101 |  | 24-UF<br>SP     |  | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200 |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR |  | 27-Número no CRO<br>94101                                           |  | 28-UF<br>SP               |  | 29-Código CBO S |  | 30-Faturar Empresa                            |  |

| 30-Tabella | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glor 42-Responsável |
|------------|---------------------------|--------------------|----------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1          | 008151002010              | RESTAURAÇÃO RESINA | 11       | MP      | 1      | 18,80            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 24/03/02              |                                  |
| 2          |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 3          |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 4          |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 5          |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6          |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7          |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8          |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9          |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10         |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11         |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12         |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13         |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14         |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15         |                           |                    |          |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |                                                                            |                                 |                            |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/11/11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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>88,80 | 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 condições estabelecidas no presente e a pagar 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 contatado, a honorária de honorário, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                                                                |                                                                            |                                 |                            |                                                 |
| 49-Observação<br>CRO 94101<br>Av. São João, 473 - Ponte São João<br>Jundiaí - SP - Tel: 4523-8859                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |                                                                            |                                 |                            |                                                 |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/3/02/12/11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável<br>12/3/02/12/11                                     | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável<br>12/3/02/12/11 |                                 |                            |                                                 |