

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

416280  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                                               |                                            |                                                   |                                                   |                                              |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/11/11 11/12/10                | 4-Data de Autorização<br>11/11/11 11/12/10 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                             | 6-Número da Guia Principal<br>8041542             | 7-Data Validade da Guia<br>10/9/10 21/12/11  |
| Dados do Beneficiário                                           |                                                               |                                            |                                                   |                                                   |                                              |
| 8-Número da Carteira<br>00020253343050000010101                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA       | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 11/12/10 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde             | 13-Nome<br>NATALIA OLIVEIRA DA SILVA         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                               |                                            |                                                   |                                                   |                                              |
| 14-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTOIMAGEM           | 18-Número no CRO<br>8307                   | 19-UF<br>SC                                       | 20-Código CBO S<br>09                             | 21-Data Validade da Guia<br>10/9/10 21/12/10 |
| 22-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0041882489147            | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIANA FERREIRA MEDEIROS | 23-Número no CRO<br>8307                   | 24-UF<br>SC                                       | 25-Código CNES                                    | 26-Data Validade da Guia<br>10/9/10 21/12/10 |
| 27-Nome do Profissional Executante<br>MARIANA FERREIRA MEDEIROS | 27-Número no CRO<br>8307                                      | 28-UF<br>SC                                | 29-Código CBO S                                   | 30-Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000405 | 31-Data Validade da Guia<br>10/9/10 21/12/10 |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           | 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 |
|-------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento | 1-0081000405           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
|                                                 |                           | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            |          |                                 |        | 11/11/11 11/12/10     |                                  |
| 2-                                              |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 3-                                              |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 4-                                              |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 5-                                              |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6-                                              |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-                                              |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-                                              |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-                                              |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10-                                             |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11-                                             |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12-                                             |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13-                                             |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14-                                             |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15-                                             |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                             |                                                                                                              |                                               |                                 |                             |                                         |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>11/11/11 11/12/10 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>78,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|

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), 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>11/11/11 11/12/10 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/11/11 11/12/10 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/11/11 11/12/10 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 11/12/10 |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

CNPJ 07.552.616/0001-78  
Dra. Mariana F. Medeiros  
Rua ... 100 - Fone: ...