

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2ºº

433785  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |  |                                                                                                              |  |                                             |  |                                                |  |                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/03/11 12/12/10                                                               |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       |  | 6-Número da Guia Principal<br>8114736          |  | 7-Data Validade da Senha<br>10/03/10 03/12/11                          |  |
| 8-Número da Carteira<br>000202525307000000037011                |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                               |  | 10-Empresa<br>ELIANE S A REVESTIMENTOS      |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /            |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                  |  |
| 13-Nome<br>SAMUEL FLAUZINO                                      |  | 13-02/1985                                                                                                   |  | 14-Telefone<br>( ) / /                      |  | 15-Nome do titular do plano<br>SAMUEL FLAUZINO |  |                                                                        |  |
| 16-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-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>04188248947              |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIANA FERREIRA MEDEIROS                                                |  | 23-Número no CRO<br>8307                    |  | 24-UF<br>SC                                    |  | 25-Código CNES                                                         |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARIANA FERREIRA MEDEIROS |  | 27-Número no CRO<br>8307                                                                                     |  | 28-UF<br>SC                                 |  | 29-Código CBO S                                |  | Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000375-RPE<br>(I) 81000375-RPD |  |
| 30-Tabella                                                      |  | 31-Código do Procedimento                                                                                    |  | 32-Descrição                                |  | 33-Dentista/Régio                              |  | 34-Face                                                                |  |
| 1-001810000375                                                  |  | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                     |  | RPE                                         |  | 114100                                         |  | 35-Quantidade US                                                       |  |
| 2-001810000375                                                  |  | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                     |  | RPD                                         |  | 114100                                         |  | 36-Valor                                                               |  |
| 3- / /                                                          |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 4- / /                                                          |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 5- / /                                                          |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 6- / /                                                          |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 7- / /                                                          |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 8- / /                                                          |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 9- / /                                                          |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 10- / /                                                         |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 11- / /                                                         |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 12- / /                                                         |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 13- / /                                                         |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 14- / /                                                         |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 15- / /                                                         |  | / /                                                                                                          |  | / /                                         |  | / /                                            |  | / /                                                                    |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                   |  | 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>28100                |  | 47-Valor Total R\$                                                     |  |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$                         |  | 49-Total Franquia / Co-participação R\$                                                                      |  | 49-Total Franquia / Co-participação R\$     |  | 49-Total Franquia / Co-participação R\$        |  | 49-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 pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a 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 previstos em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
10/08/11 11/11/10

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
10/08/11 11/11/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
10/08/11 11/11/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa  
10/08/11 11/11/10

54-Data, local e Carimbo da Empresa  
10/08/11 11/11/10