



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>#06414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/08/2016 | 4-Data de Autorização<br>10/06/2017 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8751752 | 7-Data Validade da Senha<br>12/06/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

600630  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

|                                                  |                                |                                        |                                     |                                       |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>010120251105506017687011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                 |                      |                                                     |
|---------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>SILVANIA MARIA CONTE | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome de titular do plano<br>SILVANIA MARIA CONTE |
|---------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                              |                           |             |                       |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RADIOLOGIA PANORÂMICA | 18-Número no CRO<br>73084 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>09 |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|

|                                                     |                                                               |                           |             |                                                                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>111978372809 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ADRIANO GIRALDES IGLESIAS | 23-Número no CRO<br>73084 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES<br>025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 8100405 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------|

|                                                                 |                           |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ADRIANO GIRALDES IGLESIAS | 27-Número no CRO<br>73084 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela                                            | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição                                                                                                                        | 33-Dente/Região | 34-Face                                                              | 35-Cid | 36-Quantidade US                | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização                           | 41-Motivo da Cláus | 42-Assinatura |
|------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------|----------|---------------------------------|--------|-------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-0                                                  | 08100405                  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                                                                                              |                 | 1                                                                    |        | 78,00                           | 0,00     |                                 | SI     | 06/07/2017                                      |                    |               |
| 2-                                                   |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 3-                                                   |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 4-                                                   |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 5-                                                   |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 6-                                                   |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 7-                                                   |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 8-                                                   |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 9-                                                   |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 10-                                                  |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 11-                                                  |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 12-                                                  |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 13-                                                  |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 14-                                                  |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 15-                                                  |                           |                                                                                                                                     |                 |                                                                      |        |                                 |          |                                 |        |                                                 |                    |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>06/07/2017 |                           | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                 | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial |        | 46-Total Quantidade US<br>78,00 |          | 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.

Observação

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

|                                                                             |                                                                 |                                                                         |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>06/07/2017 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>06/07/2017 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>06/07/2017 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>06/07/2017 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

ANEXO PANORÂMICA DO DENTE 11DA

62-Data, local e Carimbo da Empresa  
06/07/2017  
L São José do Rio Preto-SP