



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



|                          |                                         |                                      |                      |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/01/2012 | 4-Data de Autenticação<br>13/01/2012 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8880987 | 7-Data Validade da Seria<br>28/11/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

641494  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

|                                                |                                |                                        |                                     |                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0102025110550601976002 | 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>JOANA ARK DUARTE DE CAMARGO | 30/09/1960 | 14-Teléfono<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>ELENIR DUARTE DIAS |
|----------------------------------------|------------|----------------------|---------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                              |                           |             |                       |                                                     |                                                               |                           |             |                                                |                 |                           |             |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| 16-Atendimento a RV<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>Envia/R - RX<br>(1) 81000405 | 26-Código CBO S | 27-Número no CRO<br>73084 | 28-UF<br>SP |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|-------------|

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-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guisa | 42-Assinatura |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0                                                                                                     | 0181000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 | 1       |        | 78,00            | 0,00     |                                 | (S)    | 30/07/2012            |                    |               |
| 2-                                                                                                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-                                                                                                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-                                                                                                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-                                                                                                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-                                                                                                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-                                                                                                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-                                                                                                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-                                                                                                      |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-                                                                                                     |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-                                                                                                     |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-                                                                                                     |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-                                                                                                     |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-                                                                                                     |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-                                                                                                     |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento 30/07/2012                                                       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial                                                               |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 46-Total Quantidade US 78,00                                                                            |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 47-Valor Total R\$ 0,00                                                                                 |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 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. Decido, 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 este 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>30/01/2012 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>30/01/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>30/01/2012 | 53-Data, local e Cartão da Empresa<br>30/01/2012 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

SAO JOSE DO RIO PRETO-SP.