

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**



2-Nº

**482943**  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414  
 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 2/12/11  
 4-Data de Autorização 12/3/10 2/12/11  
 5-Senha AUTORIZADO  
 6-Número da Guia Principal 8321228  
 7-Data Validade da Senha 12/4/10 5/12/11  
 8-Número da Carteira 10020251107980000067011  
 9-Plano POS REDE PRESTADORA  
 10-Empresa DINAMIK COM LOC E SOLEM  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome LEANDRO FERREIRA LOPES  
 14-Telefone  
 15-Nome do Titular do plano LEANDRO FERREIRA LOPES  
 16-Atendimento a RN  
 17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR  
 18-Número no CRO 94101  
 19-UF SP  
 20-Código CBO S  
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11715516288897  
 22-Nome do Contratado/Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR  
 23-Número no CRO 94101  
 24-UF SP  
 25-Código CNES  
 26-Código no CRO 94101  
 27-Número no CRO 94101  
 28-UF SP  
 29-Código CBO S

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo em Glosa 42-Assinatura
1-001810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
2-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
3-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
4-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
5-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
6-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
7-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
8-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
9-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
10-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
11-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
12-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
13-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
14-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]
15-001815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/02/11	[Assinatura]

43-Data Previsão Término do Tratamento  
 44-Tipo de Alinhamento  
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial  
 46-Total Quantidade US 1178,00  
 47-Valor Total R\$ 1178,00  
 48-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 pagar 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 por uma 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-Operação  
 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/02/11 [Assinatura]  
 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/11 [Assinatura]  
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/11 [Assinatura]  
 53-Data, local e Carimbo da Empresa  
 54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/11 [Assinatura]  
 55-Data, local e Carimbo da Empresa

Av. São João, 473 - Ponte São João  
 Jundiaí - SP Tel: 4626-3550