



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

239675  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
12/1/01/1/12/01

5-Senha  
ABERTO

4-Data de Autorização  
11/1/11/1/1/11

3-Data de Emissão da Guia  
12/3/11/10/11/19

1-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
10 0 1 2 0 2 5 12 1 3 3 6 5 0 0 1 4 4 7 0 1 1

11-Data Validade da Carteira  
11/1/11/1/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
CARLA CHRISTIANE LOBO DE ARANDA

14-Telefone  
(111) 111-1111

15-Nome do titular do plano  
CARLA CHRISTIANE LOBO DE ARANDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
JEFERSON FERNANDO MARTINS

18-Número no CRO  
3297

19-UF  
AL

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNEP / CPE  
19 2 3 4 0 2 6 1 8 7 2

22-Nome do Contratado Executante  
JEFERSON FERNANDO MARTINS

23-Número no CRO  
3297

24-UF  
AL

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
JEFERSON FERNANDO MARTINS

27-Número no CRO  
3297

28-UF  
AL

29-Código CBO S

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-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1         | 0 0 1 8 1 0 0 0 0 5 7     | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE | 44              |         | 1      | 3 4 0 0 0        |          |                                 |        | 11/13/11              | Carla Lobo                       |
| 2         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 3         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 4         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 5         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

43-Data Prevista Término do Tratamento  
11/1/11/1/1/11

44-Tipo de Atendimento  
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência

45-Tipo do Faturamento  
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US  
3 4 0 0

47-Valor Total R\$  
0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$  
0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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  
Estimativa temporária de 44 (valor).

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
11/1/11/1/1/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
12/3/11/12/11/19

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
12/3/11/12/11/19

53-Data, local e Carimbo da Empresa  
11/1/11/1/1/11