

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

480637

INTERCÂMBIO

|                                                                |                                               |                                           |                                                                |                                        |                                              |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1- Registro ANS<br>406414                                      | 3- Data de Emissão da Guia<br>1 9 / 0 2 / 2 1 | 4- Data de Autorização<br>1 9 / 0 2 / 2 1 | 5- Senha<br>AUTORIZADO                                         | 6- Número da Guia Principal<br>8311169 | 7- Data Validade da Senha<br>2 0 / 0 5 / 2 1 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                               |                                           |                                                                |                                        |                                              |
| 8- Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 1 1 5 8 2 9 0 0 0 4 1 0 2 | 9- Plano<br>POS REDE PRESTADORA               |                                           | 10- Empresa<br>SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI                      | 11- Data Validade da Carteira<br>/ /   | 12- Número do Cartão Nacional de Saúde       |
| 13- Nome<br>GLAUCIA CARVALHO MARINHO                           | 14- Telefone<br>01/04/1989                    |                                           | 15- Nome do titular do plano<br>CAYO HENRIQUE CASTELO BERTOZZI |                                        |                                              |

|                                                                   |                                                                   |                                                                |                            |              |                  |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------|------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                   |                                                                   | 18- Número no CRO<br>14941                                     |                            | 19- UF<br>SC | 20- Código CBO S |
| 16- Atendimento a RN<br>N                                         | 17- Nome do Profissional Solicitante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO |                                                                | 23- Número no CRO<br>14941 | 24- UF<br>SC | 25- Código CNES  |
| 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 2 7 1 1 3 2 1 3 2 8 1 8 |                                                                   | 22- Nome do Contratado Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO |                            | 26- UF<br>SC | 27- Código CBO S |
| 26- Nome do Profissional Executante<br>ANDERSON COUTINHO FELICIO  |                                                                   | 27- Número no CRO<br>14941                                     |                            | 28- UF<br>SC | 29- Código CBO S |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                            | 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 |
|-------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|---------------------|
| 30- Tabela                                      | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição         |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 1- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8                          |                            | PROFILAXIA: POLIMENTO |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 2- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8                          |                            | PROFILAXIA: POLIMENTO |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 3- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8                          |                            | PROFILAXIA: POLIMENTO |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 4- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8                          |                            | PROFILAXIA: POLIMENTO |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 5- / / / / / / / / / /                          |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 6- / / / / / / / / / /                          |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 7- / / / / / / / / / /                          |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 8- / / / / / / / / / /                          |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 9- / / / / / / / / / /                          |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 10- / / / / / / / / / /                         |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 11- / / / / / / / / / /                         |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 12- / / / / / / / / / /                         |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 13- / / / / / / / / / /                         |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 14- / / / / / / / / / /                         |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |
| 15- / / / / / / / / / /                         |                            |                       |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |

|                                                |                                                                                                                 |                                                |                                      |                     |                                          |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|
| 43- Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44- Tipo de Atendimento<br>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>1 4 0 0 0 | 47- Valor Total R\$ | 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. 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>20/02/21 | 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/02/21 | 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/02/21 | 53- Data, local e Carimbo da Empresa<br>20/02/21 |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|