

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

372149  
INTERCÂMBIO

|                                                                       |                                       |                                   |                                                                    |                                                          |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                              | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/09/20 | 4-Data de Autorização<br>10/09/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                              | 6-Número da Guia Principal<br>50190123                   | 7-Data Validade da Senha<br>08/12/20     |
| 8-Número da Carteira<br>00379994065159800                             |                                       |                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                     | 10-Empresa<br>CLINICA DE OLHOS C                         | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /      |
| 13-Nome<br>SHIRLEY DE OLIVEIRA MATOS                                  |                                       |                                   | 14-Telefone<br>07/07/1990                                          | 15-Nome do titular do plano<br>SHIRLEY DE OLIVEIRA MATOS |                                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                              |                                       |                                   |                                                                    |                                                          |                                          |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA |                                       |                                   | 18-Número no CRO<br>43596                                          | 19-UF<br>RJ                                              | 20-Código CBO S<br>801 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10397919727                    |                                       |                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA | 23-Número no CRO<br>43596                                | 24-UF<br>RJ                              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA  |                                       |                                   | 27-Número no CRO<br>43596                                          | 28-UF<br>RJ                                              | 29-Código CBO S                          |

| 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 |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 14/09/20              |                    |               |
| 2-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 14/09/20              |                    |               |
| 3-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 14/09/20              |                    |               |
| 4-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 14/09/20              |                    |               |
| 5-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                         |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>14/09/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>144,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 no 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.

|                                                                                                                              |                                                                                                                              |                                                                                                   |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista<br>14/09/20<br>Dr. Juliana A. V. H. Lima<br>Cirurgiã Dentista<br>CRC 43596 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/09/20<br>Dr. Juliana A. V. H. Lima<br>Cirurgiã Dentista<br>CRC 43596 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>14/09/20<br>Shirley de Oliveira spot | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>14/09/20<br>Clínica Odontológica Enio Lima |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|