



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



338634  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
11/11/2020

6-Número da Guia Principal  
50176234

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
13/07/2020

3-Data de Emissão da Guia  
13/07/2020

1-Registro ANS  
406414

|                                                          |                                                         |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                    |                                                         |
| 8-Número da Carteira<br>003799406153457                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                          |
| 10-Empresa<br>CENTAURO E E INFORMATICA                   | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/2020              |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>706209033675961 | 13-Nome<br>MARCELO MAHFOUD CERDEIRA                     |
| 14-Telefone<br>( ) - - - - -                             | 15-Nome do titular do plano<br>MARCELO MAHFOUD CERDEIRA |

|                                                              |                                                               |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                               |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JULIANA COSTA DA SILVA |
| 21-Código da Operadora / CNPJ / CPF<br>1453338578            | 22-Nome do Contratado Executante<br>JULIANA COSTA DA SILVA    |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JULIANA COSTA DA SILVA | 27-Número no CRO<br>41376                                     |
| 18-Número no CRO<br>41376                                    | 19-UF<br>RJ                                                   |
| 23-Número no CRO<br>41376                                    | 24-UF<br>RJ                                                   |
| 25-Código CNES<br>41376                                      | 26-UF<br>RJ                                                   |
| 28-Código CBO S<br>41376                                     | 29-Código CBO S<br>41376                                      |
| 30-Código CBO S<br>41376                                     | 31-Código CBO S<br>41376                                      |

| 30-Tabela     | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dentista/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 |
|---------------|---------------------------|--------------|--------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-00181000065 | CONSULTA ODONTOLÓGICA     | HASD         | 1                  | 34,00   | 0,00   | 0,00             | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 11/11/2020            | per                              |
| 2-00184000198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASE         | 1                  | 35,00   | 0,00   | 0,00             | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 11/11/2020            | per                              |
| 3-00184000198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAIE         | 1                  | 35,00   | 0,00   | 0,00             | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 11/11/2020            | per                              |
| 4-00184000198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAID         | 1                  | 35,00   | 0,00   | 0,00             | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 11/11/2020            | per                              |
| 5-00184000198 | PROFILAXIA: POLIMENTO     |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6-            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15            |                           |              |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                      |                                                    |                                               |                                   |                            |                                                 |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/11/2020 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tipos de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1174,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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), 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>11/11/2020, Juiz de Fora, C. do S. João | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>11/11/2020, Juiz de Fora, C. do S. João | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/11/2020, Juiz de Fora, C. do S. João | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/2020 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

Dr. Juliana Costa  
Cirurgiã Dentista  
CRD: 41376