

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



364647  
INTERCAMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 6 / 0 8 / 2 0 | 4-Data de Autorização<br>2 6 / 0 8 / 2 0 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50187041 | 7-Data Validade da Senha<br>2 4 / 1 1 / 2 0 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                         |                                                            |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                   |                                                            |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 3 7 0 0 0 0 2 3 7 2 0 5 8 4 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                             |
| 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/20                | 12-Número do Contrato Nacional de Saúde<br>708005883674429 |

|                                                 |                                            |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |                                            |
| 13-Nome<br>ARICIA VIEIRA TREFZER DA SILVA       | 14-Telefone<br>( ) - - - - -               |
| 15-Data Validade da Carteira<br>17/10/1994      | 16-Data Validade da Carteira<br>17/10/1994 |

|                                                                    |                                    |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                    |                                    |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARILENE MOREIRA CUNHA      | 18-Número no CRO<br>8132           |
| 19-UF<br>RJ                                                        | 20-Código CBO S<br>8132            |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 4 5 7 6 1 0 3 8 1 1 7 6 8 | 22-Plano<br>MARILENE MOREIRA CUNHA |
| 23-Número no CRO<br>8132                                           | 24-UF<br>RJ                        |
| 25-Código CNES<br>8132                                             | 26-UF<br>RJ                        |
| 27-Número no CRO<br>8132                                           | 28-Código CBO S<br>8132            |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
|-------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 30-Tabella                                      | 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 0 8 5 3 0 0 0 4 7                         |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 3 6 0 0          | 0 0 0 0  | 0 0 0 0                         | S      |                       |                    | X             |
| 2-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                         |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 3 6 0 0          | 0 0 0 0  | 0 0 0 0                         | S      |                       |                    | X             |
| 3-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                         |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 3 6 0 0          | 0 0 0 0  | 0 0 0 0                         | S      |                       |                    | X             |
| 4-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                         |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 3 6 0 0          | 0 0 0 0  | 0 0 0 0                         | S      |                       |                    | X             |
| 5-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7                        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                       |                                               |                                     |                               |                                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 4 4 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 0 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0 0 0 0 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|

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>11/11/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/11/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/11/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/20 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA  
CRO/RJ 8132