

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



324039  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                       |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 5 / 0 6 / 2 0 | 4-Data de Autorização<br>1 6 / 0 6 / 2 0 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7632032 | 7-Data Validade da Senha<br>1 3 / 0 9 / 2 0 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                                 |                                |                                                           |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 2 9 4 1 7 9 0 0 0 0 3 2 0 2 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>INDUSTRIA E COMERCIO RIOMAR                 | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>GENERSON ROTTER                                      | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>GABRIELA SILVA DE OLIVEIRA |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                               |                                                                           |                           |             |                           |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RENATA APARECIDA DE OLIVEIRA SILVA | 18-Número no CRO<br>16389 | 19-UF<br>SC | 20-Código CBO S           | 025 -<br>Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (47) 32481972, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Hercilio Luz, 596, SALA - 204, CENTRO, |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0 3 3 3 8 5 9 8 9 8 0  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARCIO PERSUHN JOCOBSEN               | 23-Número no CRO<br>7337  | 24-UF<br>SC | 25-Código CNES<br>7548516 |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARCIO PERSUHN JOCOBSEN |                                                                           | 27-Número no CRO<br>7337  | 28-UF<br>SC | 29-Código CBO S<br>09     |                                                                                                                                                                                                                                                              |

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   8 1 0 0 0 4   2 1   | RX PERIAPICAL | RMDS            |         | 1      | 1 4   0 0        | 0   0 0  |                                 | S      | / /                   |                     |               |
| 2-        | 0 0   8 1 0 0 0 4   2 1   | RX PERIAPICAL | RIS             |         | 1      | 1 4   0 0        | 0   0 0  |                                 | S      | / /                   |                     |               |
| 3-        | 0 0   8 1 0 0 0 4   2 1   | RX PERIAPICAL | RMSE            |         | 1      | 1 4   0 0        | 0   0 0  |                                 | S      | / /                   |                     |               |
| 4-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        | / /                   |                     |               |
| 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>4 2   0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0   0 0 | 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>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|