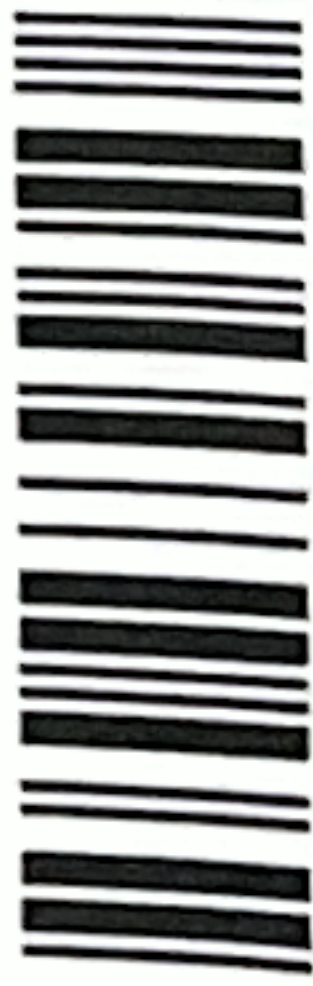




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/25	4-Data de Autenticação 29/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14294831	7-Data Validade da Senha 25/10/25	2440329 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------	------------------------

8-Número da Carteira 00202525307100143101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANES A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702801189592669
13-Nome FABRICIA DAS NEVES	31/12/1974	14-Telefone (48) 9910-1224	15-Nome do titular do plano FABRICIA DAS NEVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JYME MAIA RODRIGUES	18-Número no CRO 21309	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59302556000185	22-Nome do Contratado Executante JMR ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 21309	24-UF SC	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante JYME MAIA RODRIGUES	27-Número no CRO 21309	28-UF SC	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00							
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 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 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 null

Ato 85100196: Necessário apresentacao de foto inicial para autorizacao. Favor anexar rx final na producao.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/19/125	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/19/125	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/09/125 X Jolene	53-Data, local e Cuidado da Empresa 11/10/19/125

Dra. Jyme Maia Rodrigues
Cirurgião-Dentista
CRO/SC 21309