

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



335023  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/2017 | 4-Data de Autorização<br>06/10/2017 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50174718 | 7-Data Validade da Senha<br>04/11/2017 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

|                                           |  |                                           |                                |                                     |                                                          |
|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                     |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA            | 10-Empresa<br>01 ADMINISTRACAO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700508980491255 |
| 8-Número da Carteira<br>00370000031867858 |  | 13-Nome<br>SAMARA MUNDINI DE OLIVEIRA MOR |                                |                                     |                                                          |

|                                                 |  |                              |                                                               |
|-------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  | 14-Telefone<br>(21) 98461844 | 15-Nome do titular do plano<br>SAMARA MUNDINI DE OLIVEIRA MOR |
|-------------------------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                                                               |                                                                |                           |             |                 |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ROBERTA BORGES PINHEIRO | 18-Número no CRO<br>32943 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10208688722            | 22-Nome do Contratado Executante<br>ROBERTA BORGES PINHEIRO    | 23-Número no CRO<br>32943 | 24-UF<br>RJ | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ROBERTA BORGES PINHEIRO |                                                                | 27-Número no CRO<br>32943 | 28-UF<br>RJ | 29-Código CBO S |

801 -  
Faturar Empresa

## 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-        | 0081000057                | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/08/2017            |                    |               |
| -         | 0085200042                | PULPOTOMIA               | 16              |         | 1      | 13,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/08/2017            |                    |               |
| 2-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>06/08/2017 | 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>147,00 | 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 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<br>085425334-96 Pulpite / Pulpotomia (elemento 16)<br>06/11/1976 | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>06/08/2017 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>06/08/2017<br>CRO: 32943 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>06/08/2017<br>Samara Rede Moreira | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>06/08/2017<br>Rua Dias da Cruz, 720<br>Niterói - CEP 20730-013 |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA  
URGÊNCIA HORAS