

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2368128  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                  |                      |                                       |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>0 2 / 0 7 / 2 5 | 4-Data de Autorização<br>/ / / / | 5-Senha<br>CANCELADO | 6-Número da Guia Principal<br>2368128 | 7-Data Validade da Senha<br>3 1 / 0 8 / 2 5 |
|--------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                                   |                                |                                          |                                                          |                                       |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 1 1 8 9 8 1 8 0 0 0 0 6 3 0 1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>ATRIO HOTEIS SA            | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>NATHALIA DOS SANTOS MUNIZ                              | 13/12/1988                     | 14-Telefone<br>( 1 1 ) 9 3 6 1 - 6 6 2 9 | 15-Nome do titular do plano<br>NATHALIA DOS SANTOS MUNIZ |                                       |

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                    |                           |             |                           |       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|-------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CURY RADIOLOGIA             | 18-Número no CRO<br>35722 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>09     | 025 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0 1 1 1 4 4 1 7 0 0 0 1 4 8 | 22-Nome do Contratado Executante<br>CURY RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO | 23-Número no CRO<br>35722 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES<br>3250075 |       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JOSE ESTEVAN GARCIA CURY     |                                                                    | 27-Número no CRO<br>35722 | 28-UF<br>SP | 29-Código CBO S           |       |

## 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-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 2-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 3-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 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>0 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>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|