



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

344287  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                      |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/07/20 | 4-Data de Autorização<br>31/07/20 | 5-Senha<br>CONCLUÍDO | 6-Número da Guia Principal<br>7529712 | 7-Data Validade da Senha<br>26/07/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                           |  |                                              |  |                                               |                                        |                                     |                                       |
|---------------------------|--|----------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário     |  | 8-Número da Carteira<br>00202510550600625601 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MANOEL FONSECA |  | 14-Telefone<br>12/01/1971                    |  | 15-Nome do titular do plano<br>MANOEL FONSECA |                                        |                                     |                                       |

|                                                                       |  |                                                                     |  |                                                                        |  |                           |                |                 |                          |
|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|----------------|-----------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                       |  | 16-Atendimento a RN<br>N                                            |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO |  | 18-Número no CRO<br>59102 | 19-UF<br>SP    | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>26881207867                    |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO |  | 23-Número no CRO<br>59102                                              |  | 24-UF<br>SP               | 25-Código CNES |                 |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO |  | 27-Número no CRO<br>59102                                           |  | 28-UF<br>SP                                                            |  | 29-Código CBO S           |                |                 |                          |

| 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-A    |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------|
| 1         | 0085400424                | PRÓTESE TOTAL INCOLOR | AI              |         | 1      | 1578,00          | 0,00     |                                 |        | S                     | 30/4/0             | Roberta |
| 2         | 0085400424                | PRÓTESE TOTAL INCOLOR | AS              |         | 1      | 1578,00          | 0,00     |                                 |        | S                     | 30/4/0             | Roberta |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |         |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                   |                            |                                     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>31/07/20 | 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>3156,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|

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 do 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| 49-Observação<br>Favor anexar foto final para produção. |
|---------------------------------------------------------|

|                                                                                                  |                                                          |                                                                  |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>31/07/20 Roberta C. P. Polidoro | 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>/ / |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|