

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 11/1/19 4-Data de Autorização 12/7/11 11/1/19 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50136383 7-Data Validade da Senha 12/5/10 2/12/10 253306 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100370000029961443 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CATIA MARIA DE MORAES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ALESSANDRA DE MORAES FERREIRA 14-Teléfono 07/08/1990 15-Nome do titular do plano CATIA MARIA DE MORAES

16-Atendimento a RN JULIANA MACIEL SIERRA 17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA MACIEL SIERRA 18-Número no CRO 32925 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RPD 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101620035781 22-Nome do Contratado Executante JULIANA MACIEL SIERRA 23-Número no CRO 32925 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JULIANA MACIEL SIERRA 27-Número no CRO 32925 28-UF RJ 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- Assinatura
1-0	0181100000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	314,00	0,00			11/11/19	aut.
2-0	018530000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/11/19	aut.
3-0	018530000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/11/19	aut.
4-0	018530000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/11/19	aut.
5-0	018530000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/11/19	aut.
6-0	0181100000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00			11/11/19	aut.
7-0	0181100000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00			11/11/19	aut.
8-											aut.
9-											aut.
10											aut.
11											aut.
12											aut.
13											aut.
14											aut.
15											aut.

43-Data Previsão 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-Valor Total R\$ 47-Valor Total R\$ 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 Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/19 21/11/19 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/19 21/11/19 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/19 21/11/19 53-Data, local e Carimbo da Empresa