

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



**403644**  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/10/20 | 4-Data de Autorização<br>24/10/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7990713 | 7-Data Validade da Senha<br>21/10/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                        |                                                       |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601854101 | 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>DORCAS DE CASSIA SILVA            |                                | 14-Telefone<br>25/10/1979              | 15-Nome do titular do plano<br>DORCAS DE CASSIA SILVA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                      |                                                                       |                            |             |                                          |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE | 18-Número no CRO<br>113873 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>23015041827                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE    | 23-Número no CRO<br>113873 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE |                                                                       | 27-Número no CRO<br>113873 | 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         | 00810000065               | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 24/10/20              |                    | Dorcas de Almeida |
| 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>34,00 | 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

|                                                                           |                                                               |                                                                                         |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>24/10/20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>24/10/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>24/10/20 Dorcas de Almeida | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>24/10/20 CRO/SP 113873 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|