

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
11/10/2020

4-Data de Autorização  
12/10/2020

5-Senha  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7400253

7-Data Validade da Senha  
11/10/2020

286497  
INTERCAMBIO

### Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202507367000442101

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS

11-Data Validade da Carteira

11/10/2020

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
CARLOS EDUARDO SOARES DIAS

06/04/1983

14-Telefone

( ) -

15-Nome do Titular do Plano  
CARLOS EDUARDO SOARES DIAS

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA

18-Número no CRO  
31762

19-UF  
RJ

20-Código CBO S

025 -  
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

09757833789

22-Nome do Contratado Executante

FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA

23-Número no CRO

31762

24-UF

RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
FERNANDA OLIVEIRA GONCALVES DA SILVA

27-Número no CRO  
31762

28-UF  
RJ

29-Código CBO S

### Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela                                | 31-Código do Procedimento                                                        | 32-Descrição            | 33-Dentor/Região       | 34-Face            | 35-Qtd                                  | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1                                        | 0085300047                                                                       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD                   | 1                  | 1                                       | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/10/2020            |                   |               |
| 2                                        | 0085300047                                                                       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE                   | 1                  | 1                                       | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/10/2020            |                   |               |
| 3                                        | 0085300047                                                                       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE                   | 1                  | 1                                       | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/10/2020            |                   |               |
| 4                                        | 0085300047                                                                       | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID                   | 1                  | 1                                       | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/10/2020            |                   |               |
| 5                                        |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6                                        |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7                                        |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8                                        |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9                                        |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10                                       |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11                                       |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12                                       |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13                                       |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14                                       |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15                                       |                                                                                  |                         |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 43-Data Prescrição Termino do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                           | 45-Tipo de Faturamento  | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11/10/2020                               | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial       | 144,00                 | 0,00               |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

Dr. Fernanda O. G. Silva  
Dentista  
PABX: RJ 31762

12/10/2020

12/10/2020