

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2285403  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                        |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 7 / 0 4 / 2 5 | 4-Data de Autorização<br>2 5 / 0 4 / 2 5 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13784652 | 7-Data Validade da Senha<br>1 6 / 0 7 / 2 5 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                   |                                |                                    |                                                     |                                       |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                             |                                |                                    |                                                     |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 0 3 2 7 2 5 8 0 0 0 4 6 5 0 2 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CONSELHO REGIONAL DE | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>REGINALDO APARECIDO CHOBA                              |                                | 14-Telefone<br>( ) -               | 15-Nome do titular do plano<br>CAROLINA GOMES CHOBA |                                       |

|                                                                    |                                                                            |                            |             |                           |                          |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                    |                                                                            |                            |             |                           |                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>BEATRIZ BALDO TORIANI               | 18-Número no CRO<br>102234 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S           | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 8 9 2 3 5 5 6 0 0 0 1 1 5 | 22-Nome do Contratado Executante<br>B. B. TORIANI CONSULTORIO ODONTOLOGICO | 23-Número no CRO<br>154324 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES<br>9999999 |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>BEATRIZ BALDO TORIANI        |                                                                            | 27-Número no CRO<br>102234 | 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-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-        | 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0       | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 3 4 , 0 0        | 0 , 0 0  |                                 | S      | / /                   |                     |               |
| 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>3 4 , 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>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|