



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AF

536408  
INTERCÂMBIO

|                                                                                          |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                 | 3-Data de Emissão da Guia<br>28/04/21                                                                      | 4-Data de Autorização<br>03/05/21           | 5-Série<br>AUTORIZADO               | 6-Número da Guia Principal<br>8531644 | 7-Data Validade da Guia<br>27/07/21     |
| 8-Nome do Beneficiário<br>IVONICE DOS SANTOS DIAS                                        |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 9-Data de Nascimento<br>05/05/1969                                                       | 10-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                            | 11-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA      | 12-Data Validade da Carteira<br>/ / | 13-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                         |
| 14-Telefone<br>(11) 4108-2479                                                            |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 15-Nome do titular do plano<br>IVONICE DOS SANTOS DIAS                                   |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                 |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>A.R. ODONTOLOGIA BEM ESTAR                        |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 18-Número no CRO<br>30136                                                                |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 19-UF<br>SP                                                                              |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 20-Código CBO S<br>10                                                                    |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>04450751809                                       |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>NORA CLAROS BAUTISTA PATINO                          |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 23-Número no CRO<br>30136                                                                |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 24-UF<br>SP                                                                              |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 25-Código CNES                                                                           |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NORA CLAROS BAUTISTA PATINO                        |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 27-Número no CRO<br>30136                                                                |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 28-UF<br>SP                                                                              |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 29-Código CBO S                                                                          |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 30-Franchise/Co-participação R\$<br>025 - Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85100218 |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                          |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 31-Data Prevista Término do Tratamento<br>/ /                                            | 32-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 33-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 34-Total Quantidade US<br>30500     | 35-Valor Total R\$<br>1000            | 36-Total Franquia / Co-participação R\$ |
| 37-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>03/05/21 [Assinatura]               |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 38-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>03/05/21 [Assinatura]       |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |
| 39-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ /                                               |                                                                                                            |                                             |                                     |                                       |                                         |

| 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 Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 44              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 03/05/21              |                   | [Assinatura]  |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 34              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 03/05/21              |                   | [Assinatura]  |
| 3         | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 16              | OMP     | 1      | 122,00           | 0,00     | 0,00                            | S      | 03/05/21              |                   | [Assinatura]  |
| 4         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 48              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 03/05/21              |                   | [Assinatura]  |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

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.

46-Observação