

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

455774  
**INTERCÂMBIO**

7-Data Validade da Senha  
1 8 / 1 0 / 4 / 1 2 / 1

6-Número da Guia Principal  
8204293

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
1 8 / 1 0 / 1 / 1 2 / 1

3-Data de Emissão da Guia  
1 8 / 1 0 / 1 / 1 2 / 1

1-Registro ANS  
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa  
ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES

6-Plano  
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira  
0 0 / 0 2 / 0 2 / 5 3 / 5 0 / 9 4 / 0 0 / 0 3 / 0 1

15-Nome do titular do plano  
GILBERTO FERREIRA ALVES DE ANDRADE

14-Telefone  
(21) 9 7 6 5 6 1 6 7 6 1

23/08/1969

13-Nome  
GILBERTO FERREIRA ALVES DE ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N  
DENTCLINIC

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO  
29605

19-UF  
RJ

20-Código CBO S  
03

21-Código CNES  
29605

22-UF  
RJ

23-Código CBO S  
29605

24-UF  
RJ

25-Código CBO S  
29605

22-Nome do Contratado Executante  
CLARISSA DE SOUZA NETO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1 2 / 7 6 / 8 5 / 6 1 / 0 8 / 8 4

26-Nome do Profissional Executante  
CLARISSA DE SOUZA NETO

27-Número no CRO  
29605

28-UF  
RJ

29-Código CBO S  
29605

30-UF  
RJ

31-Código CBO S  
29605

32-UF  
RJ

33-Código CBO S  
29605

34-UF  
RJ

35-Código CBO S  
29605

36-UF  
RJ

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela                | 31-Código de 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-Moivo da Glosa | 42-Assinatura |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|---------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7  |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 3 6 1 0 0        | 0 1 0 0  | 0 1 0 0                         | 0 1 0 0 | 0 1 0 0               | 0 1 0 0           | 0 1 0 0       |
| 2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7  |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 3 6 1 0 0        | 0 1 0 0  | 0 1 0 0                         | 0 1 0 0 | 0 1 0 0               | 0 1 0 0           | 0 1 0 0       |
| 3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7  |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 3 6 1 0 0        | 0 1 0 0  | 0 1 0 0                         | 0 1 0 0 | 0 1 0 0               | 0 1 0 0           | 0 1 0 0       |
| 4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7  |                           | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 3 6 1 0 0        | 0 1 0 0  | 0 1 0 0                         | 0 1 0 0 | 0 1 0 0               | 0 1 0 0           | 0 1 0 0       |
| 5-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 6-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 7-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 8-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 9-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7  |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 10-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 11-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 12-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 13-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 14-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 15-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |

| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                             | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 1 8 / 1 0 / 1 / 1 2 / 1                | 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-1-Total 2-Parcial    | 1 4 4 1 0 0            | 0 1 0 0            | 0 1 0 0                                 |

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 Carimbo da Empresa                                                              |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 8 / 1 0 / 1 / 1 2 / 1<br>Clarinha Sub                       | 1 8 / 1 0 / 1 / 1 2 / 1<br>Clarinha de Sub        | 1 8 / 1 0 / 1 / 1 2 / 1<br>Clarinha de Sub                | 1 8 / 1 0 / 1 / 1 2 / 1<br>Rodrigo Netto<br>Dra. Clarissa Neto<br>Cirurgia Dentista<br>CRC 20099 |