



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

322563  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414  
 2-Data de Emissão de Guia: 10/09/10  
 3-Data de Autorização: 10/09/10  
 4-Data de Autorização: 10/09/10  
 5-Senha: AUTORIZADO  
 6-Número da Guia Principal: 50165726  
 7-Data Validade da Senha: 07/10/09  
 10-Data Validade da Cadeira: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 11-Data Validade da Cadeira: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 898002866910356  
 13-Nome: DAVI LAUZIN DE ABREU  
 14-Teléfono: \_\_\_\_\_

15-Nome do titular do plano: ANDERSON MIRANDA DE ABREU  
 16-Atendimento a RN: \_\_\_\_\_  
 17-Nome do Profissional Solicitante: HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10711069176784  
 22-Nome do Contratado Executante: HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
 26-Nome do Profissional Executante: HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
 28-UF: RJ

18-Número no CRO: 26384  
 19-UF: RJ  
 20-Código CBO S: 801 - Faturar Empresa  
 23-Número no CRO: 26384  
 24-UF: RJ  
 25-Código CNES: \_\_\_\_\_  
 27-Número no CRO: 26384  
 28-UF: RJ  
 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
1-0010181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00	S	10/06/10	GA
2-0010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1		1	35,00	0,00	0,00	S	10/06/10	GA
3-0010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1		1	35,00	0,00	0,00	S	10/06/10	GA
4-0010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1		1	35,00	0,00	0,00	S	10/06/10	GA
5-0010184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	1		1	35,00	0,00	0,00	S	10/06/10	GA
6-0000000000000											
7-0000000000000											
8-0000000000000											
9-0000000000000											
10-0000000000000											
11-0000000000000											
12-0000000000000											
13-0000000000000											
14-0000000000000											
15-0000000000000											

43-Data Previsto Término do Tratamento: \_\_\_\_\_  
 44-Tipo de Atendimento: \_\_\_\_\_  
 45-Tipo de Faturamento: 1-Total, 2-Parcial  
 46-Total Quantidade US: \_\_\_\_\_  
 47-Valor Total R\$: \_\_\_\_\_  
 48-Total Franquia / Co-participação R\$: \_\_\_\_\_

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propositos, 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: 10/06/10  
 DRA. HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
 CRO RJ 26384

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/06/10  
 DRA. HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
 CRO RJ 26384

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/06/10  
 CARLA L. DE ABREU

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 10/06/10  
 SPONTO MOUTINHO BEN COM LTM  
 CNPJ: 14.092.749/0001-25  
 INSC. ESTADUAL: 052.11549