



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



349675  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414  
3-Data de Emissão da Guia 01/10/2018  
5-Sentença AUTORIZADO  
6-Número da Guia Principal 50180890  
7-Data Validade da Sentença 30/10/2012

Dados do Beneficiário  
8-Número da Carteira 00379999406459901  
11-Data Validade da Carteira  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702008396623687

13-Nome AMAURI DELFINO DA SILVA JUNIOR  
14-Telefone  
15-Nome do titular do plano VANESSA OLIVEIRA ALVES DA SILVA  
16-Atendimento a RN  
17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
18-Número no CRO 26384  
19-UF RJ  
20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07106976784  
22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
23-Número no CRO 26384  
24-UF RJ  
25-Código CNES  
26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
27-Número no CRO 26384  
28-UF RJ  
29-Código CBO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Old 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glossa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glossa	42-Assinatura
1-00	851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00		01/10/2018		
2-00	851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	0,00		01/10/2018		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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 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 Responsável  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
53-Data, local e Carimbo da Empresa

HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
Cirurgiã Dentista  
CNPJ nº 07.092.419/19-3494  
CPF nº 025.135.549-9  
Assinatura: [assinatura]