



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2016 12:01

4-Data de Autorização
10/09/2016 12:01

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50165705

7-Data Validade da Sentença
07/10/2016 12:01

322512
INTERCÂMBIO

13-Nome
CARLA LAUZIN DE ABREU

16-Atendimento a RN
N

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
709005809802816

15-Nome do titular do plano
ANDERSON MIRANDA DE ABREU

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1071101619176784

22-Nome do Contratado Executante
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

26-Nome do Profissional Executante
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

23-Número no CRO
26384

24-UF
RJ

25-Código CNES

27-Número no CRO
26384

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Tabella
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

1-0001811010001301CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

3-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

4-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

5-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

6-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

7-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

8-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

9-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

10-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

11-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

12-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

13-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

14-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

15-0001840000198PROFILAXIA: POLIMENTO

43-Data Previsão 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\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/06/2016

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
10/06/2016

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
10/06/2016

53-Data, local e Assinatura do Operador
10/06/2016

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato, Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 10/06/2017
 Dra. Helena Moutinho
 Cirurgiã Dentista
 CRO RJ - 26384

[illegible]