



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



353581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2018	4-Data de Autorização 08/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182574	7-Data Validade da Senha 06/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000379994059598791	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PLURAL GESTAO EM PLANOS DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004529427473	
13-Nome VALENTINA MENDONCA SILVA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SIMONE DA CUNHA MENDONCA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00171106976784	22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS									
26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS										
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

1-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61000	0,00	0,00		08/08/2018	
2-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61000	0,00	0,00		08/08/2018	
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/08/2018	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 112200	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(ram) 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 08/10/2018, Curitiba, Paraná, Dr. Helena Moutinho Pimenta de Mattos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 08/10/2018, Curitiba, Paraná, Dr. Helena Moutinho Pimenta de Mattos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2018, Curitiba, Paraná, Simone da Cunha Mendonca Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------