

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

336423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/17 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175327	7-Data Validade da Senha 06/11/20
Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702008396623687		
8-Número da Carteira 003799940645599011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	15-Nome do titular do plano VANESSA OLIVEIRA ALVES DA SILVA
13-Nome AMAUPI DELEFINO DA SILVA JUNIOR	14-Telefone 02/05/1981	16-Número no CRO 26384	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0711061976784		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 26384
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	1	61,00	0,00	0,00	08/10/17	20	
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	1	61,00	0,00	0,00	08/10/17	20	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/10/17 11:20	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 1122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esdarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a 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 08/10/17 11:20 Helena N. Dentista	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/17 11:20 Insc. Municipal: 0521154-9
---------------	--	--