



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 12/12/11 4- Data de Autuação 12/12/11 5- Sembr Autorizado 50200962 6- Data Validade da Guia 12/10/11 7- Data Validade da Guia 12/10/11 8- Número da Carteira 0103799940164558255 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa EMPRESA BRASILEIRA 11- Data Validade da Carteira 12/10/11 12- Número do Cadastro Nacional de Saúde 700504745770057 402747 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8- Nome

0103799940164558255

POS REDE PRESTADORA

10- Empresa

EMPRESA BRASILEIRA

11- Data Validade da Carteira

12/10/11

12- Número do Cadastro Nacional de Saúde

700504745770057

13- Nome

13/12/1997

14- Telefone

()

15- Nome do titular do plano

PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Alinhamento a RN

HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

18- Número no CRO

26384

19- UF

RJ

20- Código CBO S

801

21- Número no CRO

26384

22- Código CNES

801

23- Número no CRO

26384

24- UF

RJ

25- Código CBO S

801

26- Nome do Profissional Executante

HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

27- Número no CRO

26384

28- UF

RJ

29- Código CBO S

801

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30- Tabela

31- Código do Procedimento

32- Descrição

33- Dente/Região

34- Freq

35- Cid

36- Quantidade US

37- Valor

38- Franquia/Co-participação R\$

39- Aut

40- Data de Realização

41- Motivo da Glosa 42- Assinatura

1- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HASD

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

2- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HASE

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

3- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAIE

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

4- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

5- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

6- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

7- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

8- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

9- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

11- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

12- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

13- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

14- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

15- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8

PROFILAXIA: POLIMENTO

HAID

1

3 5 10 0

0 10 0 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

10 10 0

43- Data Previsão Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US

1 4 0 10 0

47- Valor Total R\$

10 10 0

48- Total Franquia / Co-participação R\$

10 10 0

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, compreendendo-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/vão realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/12/11

51- Data, local e Assinatura do Profissional

12/12/11

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/12/11

53- Data, local e Assinatura do Profissional

12/12/11

54- Data, local e Assinatura do Profissional

12/12/11

HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

CRO RJ - 26384

HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

CRO RJ - 26384

HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

CRO RJ - 26384

HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

CRO RJ - 26384

HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

CRO RJ - 26384