



2-Nº

353145
INTERCAMBIO

2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
07/08/2016

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50182411

7-Data Validade da Sentença
05/11/2016

8-Número da Carteira
037994064084865

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ANDERSON MIRANDA D

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898004996007054

13-Nome
INGRID LAUZIN DE ABREU

14-Teléfono
() / /

15-Nome do titular do plano
ANDERSON MIRANDA DE ABREU

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS

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
26384

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
62 VPM 1

34-Face
VPM 1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
12200

37-Valor
000

38-Franquia/Co-participação R\$
000

39-Aut
S

40-Data de Realização
08/10/2016

41-Motivo da Guia 42-Assinatura
S

43-Data Previsão Término do Tratamento
08/10/2016

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Quantidade US
12200

47-Valor Total R\$
000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
000

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
08/10/2016

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/10/2016

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/10/2016

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

54-Observação
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), foforam 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.