



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 17/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50175589	7-Data Validade da Senha 10/7/11 01/2/01
--------------------------	--	-----------------------	--	---

337053
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00037999406458689		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004629677633
13-Nome MARCELLE DE OLIVEIRA FERREIRA		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO	

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10171101691716784		22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS		23-Número no CRO 26384	24-UF RJ	25-Código CNES
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	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
1-01018440001198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00		09/07/20	
2-01018440001198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00		09/07/20	
3-01018440001198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00		09/07/20	
4-01018440001198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00		09/07/20	
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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-Total Quantidade US 1140,00	47-Valor Total R\$ 1010,01	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,01
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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), 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 Solicitante 09/07/20 Dra. Helena Moutinho		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 09/07/20 Dra. Helena Moutinho		52-Data, local e Carimbo da Empresa 09/07/20 Dra. Helena Moutinho	
---	--	--	--	---	--