



345669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2017 4-Data de Autorização 12/07/2017 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7735534 7-Data Validada da Sentença 12/02/2017

8-Data de Benefício

9-Balanco da Clínica

10-021025290562000082011

11-Plano POS REDE PRESTADORA

12-Empresa BOREO INDUSTRIA DE

13-Data Validada da Clínica

14-Número do Cartão Nacional da Saúde 707407002137970

15-Nome ANA CARLA NASCIMENTO PESSOA

16-Telefone (19) 21925012412

17-Nome do titular do plano ANA CARLA NASCIMENTO PESSOA

18-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

19-Atendimento a RN CLINICA ORAL D - MATRIZ

20-Número no CRO 4114

21-UF AM

22-Código CBO S 04

23-UF AM

24-Código CNEC

25-UF AM

26-Código CBO S

27-Código na Operadora / CNPJ / CPF

28-Nome do Contratado Executante

29-Número no CRO 4114

30-UF AM

31-Código CBO S

32-UF AM

33-Código CBO S

34-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

35-Número no CRO 4114

36-UF AM

37-Código CBO S

38-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

39-Tabuleta 31-Código do Procedimento

40-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

41-Dente/Região

42-Faixa

43-Qtd

44-Quantidade US

45-Valor

46-Franquia/Co-participação R\$

47-Ant

48-Data de Realização

49-Motivo da Glosa 50-Assinatura

1-0008110000651 RESTAURAÇÃO RESINA

13 P

11

1314100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

2-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

15 M

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

3-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

23 P

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

4-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

38 O

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

5-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

35 O

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

6-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

7-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

8-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

9-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

10-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

11-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

12-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

13-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

14-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

15-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

16-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

17-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

18-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

19-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

20-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

21-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

22-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

23-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

24-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

25-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA

44 V

11

161100

0,00

51101123

51101123

51101123

51101123

26-0008110001961 RESTAURAÇÃO RESINA



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/07 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7735544 7-Data Validade da Série 12/12/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 345676 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 000202519056200008204 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE 11-Data Validade da Carteira 12/12/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708602542470810 13-Nome SABRINA DAFNE NASCIMENTO PESSOA 14-Telefone (912) 925012412 15-Nome do titular do plano ANA CARLA NASCIMENTO PESSOA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ 18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 04 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253 22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CNEI 26-Nome do Profissional Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 27-Número no CRO 4114 28-UF AM 29-Código CBO S 414 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	134,00	0,00			08/08/10		
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61,00	0,00			08/08/10		
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00			08/08/10		
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00			08/08/10		
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00			08/08/10		
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			08/08/10		
7-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00			08/08/10		
8-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00			08/08/10		
9-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00			08/08/10		
10-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00			08/08/10		
11-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00			08/08/10		
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Escema Radiológico 3-Circundária 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial		54,00	0,00							

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) 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

Kelly Mourao Aguiar

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Ana Carla Nascimento Pessôa