

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2017	4-Data de Autorização 12/01/2017	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715485	7-Data Validade da Sentença 15/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

341488
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00120252891000189011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 700403903918742
13-Nome ALCILANE QUEIROZ MORAES		14-Teléfono (92) 324817085		15-Nome do Titular do plano ALCILANE QUEIROZ MORAES
27/05/1987				

16-Atendimento a RV		17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ		18-Número no CRO 4114		19-UF AM		20-Código CBO S 04		Faturar Empresa 414 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253		22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR		23-Número no CRO 4114		24-UF AM		25-Código CNES		26-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30-Ítem	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-	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	161,10	0,00	1	10/08/2017		Alcilane
2-	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	161,10	0,00	1	10/08/2017		Alcilane
3-	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	161,10	0,00	1	10/08/2017		Alcilane
4-	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	161,10	0,00	1	10/08/2017		Alcilane
5-	00	8511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	161,10	0,00	1	10/08/2017		Alcilane
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 305,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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) descrito(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidariamente Responsável 10/08/17 10/11/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/17 10/11/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/17 10/11/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	--	---

Alcilane Queiroz Moraes