



420964
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11/11/2101	4-Data de Autorização 11/8/11/11/2101	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8061546	7-Data Validade da Senha 11/5/10/12/11
8-Plano da Cadeira 0102025289291000470003			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	
13-Nome GABRIEL HENRIQUE COSTEIRA DE ALMEIDA			20/12/2009	14-Telefone (19)21961161700151	15-Nome do titular do plano JONATHAS SOUZA DE ALMEIDA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	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 KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR		23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR			27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugilo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	81100065			1	34,00	0,00		S	11/8/11	11/2020	Rotiane
2-0	0	85100196			36	0	161,00	0,00	S	11/8/11	11/2020	Rotiane
3-0	0	84000090			1	172,00	0,00		S	11/8/11	11/2020	Rotiane
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantitativo US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
☐ 1-												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Utilidade Emergencial	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 167,00	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(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 e Assinatura do Beneficiário
11/8/11/2020

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista e Assinatura do Beneficiário
11/8/11/2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/8/11/2020

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 4114

Rotiane Lopes Teixeira