

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/11 11/210	4-Data de Autorização 10/03/11 11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8018906	7-Data Validade da Senha 10/11/10 12/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

410621
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202521892910001420202	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003805649799
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	--

15-Nome do titular do plano
LUCIANE BRASIL CALDEIRA

13-Nome WESLEY LUAN CALDEIRA LOPES		14-Telefone 11 9289 8104 - 5617	
16-Atendimento a RN CLINICA ORAL D - MATRIZ		18-Número no CRO 4114	19-UF AM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15944110382513		23-Número no CRO 4114	24-UF AM
22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR		25-Código CNES	26-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR		27-Número no CRO 4114	28-UF AM

414 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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 Guisa	42-Assinatura
1-0	0183000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65	1	1	173,10	10,10	10,10	1	11/06/11	20	Luciene
2-0	0183000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55	1	1	173,10	10,10	10,10	1	11/06/11	20	Luciene
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 114,610	47-Valor Total R\$ 114,610	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 114,610
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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 Solicitante 11/06/11 11/20 2020 Dra. Kelly Mourão Aguiar CRO-AM 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/11 11/20 2020 Dra. Kelly Mourão Aguiar CRO-AM 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/11 11/20 2020 Luciene Brasil Caldeira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---