



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1-Registro AINS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 01/201	4-Data de Autorização 21/1/11 01/201	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7968446	7-Data Validade da Santa 11/5/10 11/21
----------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Data de Benefício 01/02/02 5116316000431013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome THAYLA SAYVRA FERREIRA BASTOS	26/07/2010	14-Telefone (61) 999146.2886	15-Nome do Titular do Plano MAIRA JAINA GOMES FERREIRA
--	------------	---------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CUP / CPE 159441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES (I) 85100200	Enviar - RX
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-Telex	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vol	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Guia
1-00	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134000			S	03/11/20	
2-00	01851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OM	1	88000			S	03/11/20	
3-00											
4-00											
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

42-Data Previsto Término do Tratamento 11/1/11	43-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	45-Total Quantidade US 112200	46-Total Fatura / Co-participação R\$ 0000	47-Vol Total R\$ 0000	48-Total Fatura / Co-participação R\$ 0000
---	--	---	----------------------------------	---	--------------------------	---

49-Observação	50-Data local e Assinatura do Consultado 03/11/11 Dra. Kelly Raimunda Mourao de Aguiar CRO-AM 4114	51-Data local e Assinatura do Consultado 03/11/11 Dra. Kelly Raimunda Mourao de Aguiar CRO-AM 4114	52-Data local e Assinatura do Consultado / Responsável 03/11/11 Maira Jaina Gomes Ferreira CRO-AM 4114	53-Data local e Carimbo da Empresa 03/11/11
---------------	---	---	---	--