



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

347498

INTERCÂMBIO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [2] [8]/[1]0/[7]/[2]0	4-Data de Autorização [2] [9]/[1]0/[7]/[2]0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7743873	7-Data Validade da Senha [2] [6]/[1]0/[2]0
Dados do Beneficiário		11-Data Validação da Cotação [1] [1]/[1]/[1]			
8-Número da Carteira N	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600076605781		

13-Nome JERLISON SILVA DA COSTA	14-Código na Operadora ONF/UF/CPF 15]9]4]4]1]0]3]8]2]5]3]1]	16-Número do Contratado Executante CLINICA ORAL D - MATRIZ	17-Nome do Profissional Solicitante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	21-Código CIE/S AM	22-Número no CRO 4114	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CBO S AM	26-UF AM	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S AM
------------------------------------	--	---	---	--------------------------	-------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------	-------------	-----------------------	-------------	--------------------------	-------------	-----------------------

Painel de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descricao	33-Dental/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Globo 42-Assinatura				
1-0	1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	1	3 4 1 0 0 0	0 1 0 0	1	1	S 0 3 1 9 3 1 0 0	Jerlison			
2-0	1 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1 1	6 1 0 0	1 0 0 0	1 1	1	1	S 0 3 1 0 2 1 0 0	Jerlison			
3-0	1 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1 1	6 1 0 0	1 0 0 0	1 1	1	1	S 0 3 1 0 8 1 2 0	Jerlison			
4-0	1 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1 1	6 1 0 0	1 0 0 0	1 1	1	1	S 0 3 1 0 8 1 2 0	Jerlison			
5-0	1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASD	1	1 1	3 6 1 0 0	1 0 0 0	1 1	1	1	S 0 5 1 0 8 1 2 0	Jerlison			
6-0	1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASE	1	1 1	3 6 1 0 0	1 0 0 0	1 1	1	1	S 0 5 1 0 8 1 2 0	Jerlison			
7-0	1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAIE	1	1 1	3 6 1 0 0	1 0 0 0	1 1	1	1	S 0 5 1 0 8 1 2 0	Jerlison			
8-0	1 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAID	1	1 1	3 6 1 0 0	1 0 0 0	1 1	1	1	S 0 5 1 0 8 1 2 0	Jerlison			
9-1															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

43-Data Previsão Término do Tratamento [1] [/] [/] [/]	44-Tipo de Atendimento [1]	45-Tipo de Faturamento [1]	46-Total Quantidade US [3] [6] [1],00	47-Valor Total R\$ [0] [0] [0] [0] [0] [0] [0]	48-Total Franquia Co-participação RS [0] [0] [0] [0] [0] [0] [0]
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Pronto-atendimento					
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), fizeram 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					
X Kely Raimunda Mourao Aguiar					
Dra. Kely Raimunda Mourao Aguiar					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
05/10/2020 Cirurgião-Dentista					
CRO-AM 4105/10/2020 CRO-AM 4105/10/2020					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Aº



348274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2.9/07/2010	4-Data de Autorização 3.1/07/2010	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7747355	7-Data Válidação da Senha 12.7/110/2010
---------------------------------	---	---	------------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

B-Número da Carteira
0.0.2.0.2.5.12.0.6.14.8.0.0.0.0.1.3.0.0.4C-Nome
ERICA RODRIGUES DE HOLANDA

Dado do Contratado Responsável pelo Tratamento

E-Nome
CLINICA ORAL D - MATRIZF-Piso
POS REDE PRESTADORAG-Empresa
BRITANIA COMPONENTESH-Endereço
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIARI-CPF/CNPJ/CPF
15.9.4.1.0.3.8.12.5.13.1.1.1J-CEP
19/06/2005K-CEP
51.111-192L-CEP
92142-131117M-CEP
ANTONIO CARLOS RAMOS DE HOLANDA

N-CEP

O-CEP

P-CEP

Q-CEP

R-CEP

S-CEP

T-CEP

U-CEP

V-CEP

W-CEP

X-CEP

Y-CEP

Z-CEP

AA-CEP

AB-CEP

AC-CEP

AD-CEP

AE-CEP

AF-CEP

AG-CEP

AH-CEP

AI-CEP

AJ-CEP

AK-CEP

AL-CEP

AM-CEP

AN-CEP

AO-CEP

AP-CEP

AQ-CEP

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
---	---

B-Número da Carteira
03/1061/2020C-Nome
Dra. Kely Rodrigues de HolandaD-Endereço
CRO-AN

E-CEP

F-CEP

G-Endereço
19/06/2005

H-CEP

I-CEP

J-CEP

K-CEP

L-CEP

M-CEP

N-CEP

O-CEP

P-CEP

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme adinra apresentado(a), 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) descrev(s), 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.

48-Observação

Kely Rodrigues de Holanda

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência

1-Total 2-Parcial

1-Total Quantidade US

1-Total Valor R\$

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo Franquia/Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Tipo Franquia/Co-participação R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total Quantidade US

51-Valor Total Franquia/Co-participação R\$