

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/8/10 7/12/01 4-Data de Autorização 12/9/10 7/12/01 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7743873 7-Data Validade da Serinha 26/11/10 7/12/01

347498
INTERCAMBIO

8-Nome do Beneficiário JERLISON SILVA DA COSTA 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708600076605781

13-Nome JERLISON SILVA DA COSTA 14-Idade 15/01/1997 15-Nome do Titular do Plano JERLISON SILVA DA COSTA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ 18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 591441038253 22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CNES 26-Código CBO S 4114 27-Número no CRO 4114 28-UF AM 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Foro 35-Cidr 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ant 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Foro	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3	4,00	0,00	0,00	08/11/2010		Jerlison
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6	1,00	0,00	0,00	08/11/2010		Jerlison
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	6	1,00	0,00	0,00	08/11/2010		Jerlison
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6	1,00	0,00	0,00	08/11/2010		Jerlison
5-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3	6,00	0,00	0,00	08/11/2010		Jerlison
6-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3	6,00	0,00	0,00	08/11/2010		Jerlison
7-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3	6,00	0,00	0,00	08/11/2010		Jerlison
8-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3	6,00	0,00	0,00	08/11/2010		Jerlison
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Dia previsto Termino do Tratamento 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 Quantidade US 361,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, compreendendo-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), foram realizados 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Carimbo da Empresa

