

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{Me}



389177
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/11 01/12/10	4-Data de Autorização 10/06/11 01/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7930867	7-Data Validade da Sentença 10/11/10 11/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Aluno da Carteira 010121021531231175101010101101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
MARIA ALYCE DO CARMO SARAIVA

18/01/2014

14-Telefone 9191211 919101518111010	15-Nome do titular do plano ANDREZA DO CARMO SARAIVA
--	---

16-Lançamento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
-------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1594411038253111	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
---	--

26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04
22-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES
27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	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
1-0101811010101615		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,41,0101				15/06/11 01/12/10		
2-010181410101010910		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	17,21,0101				15/06/11 01/12/10		
3-11111111111111111111												
4-11111111111111111111												
5-11111111111111111111												
6-11111111111111111111												
7-11111111111111111111												
8-11111111111111111111												
9-11111111111111111111												
10-11111111111111111111												
11-11111111111111111111												
12-11111111111111111111												
13-11111111111111111111												
14-11111111111111111111												
15-11111111111111111111												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 11101610101	47-Valor Total R\$ 111010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111111111
---	--	---	---	---------------------------------	---

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(ram) 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 Consultado-Ente Solicitante 10/06/11 01/12/10 CRO-AM 4114	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Ente Beneficiário / Responsável 10/06/11 01/12/10 CRO-AM 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/11 01/12/10 CRO-AM 4114	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11 11/11/11
---	--	--	---