

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10/12/01	4-Data de Autorização 10/12/11/10/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7926533	7-Data Validade da Sentença 13/01/12/12/01
--------------------------	---	--	--------------------------	---------------------------------------	---

388036
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0101202521892910101799011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde 703501036503830
13-Nome ROSIANE VALARES DA SILVA		14-Telefone (19)2194403-6039		15-Nome do Titular do plano ROSIANE VALARES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253	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	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Fica	35- Cuid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-010	18511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	18	0	1	161,100	0,100	0,100	11/10/12/01	12/01/12/01	Revisão	
2-010	18511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	161,100	0,100	0,100	11/10/12/01	12/01/12/01	Revisão	
3-010	18511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	161,100	0,100	0,100	11/10/12/01	12/01/12/01	Revisão	
4-010	18511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	161,100	0,100	0,100	11/10/12/01	12/01/12/01	Revisão	
5-010	18511001916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	161,100	0,100	0,100	11/10/12/01	12/01/12/01	Revisão	
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 11/11/11/11/11	44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-1-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3105,100	47-Valor Total R\$ 0,100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,100
--	---	---------------------	--------------	-----------------------	---	------------------------------------	-----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10/12/01, Cirurgião-Dentista, CRO-AM 12345	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10/12/01, Cirurgião-Dentista, CRO-AM 12345	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10/12/01, Responsável, CRO-AM 12345	53-Data, local e Cuidado da Empresa 11/11/11/11/11
---	---	--	---

Rosiane Valares da Silva