

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/10 12:00	4-Data de Autorização 03/11/11 12:00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8014983	7-Data Validade da Senha 12/9/10 11/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

409509
INTERCÂMBIO

8-Idade do Beneficiário 00/02/02 5111631600086801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANTONIA BARROSO DA SILVA	14-Telefone (92) 99285-5664	15-Nome do Titular do plano ANTONIA BARROSO DA SILVA
-------------------------------------	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	225 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159141038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CMES (1) 85100200
---	--	--------------------------	-------------	--------------------------------

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-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	00	81000065			1	34,00	0,00		1	03/11/2010		Antonia
2	00	85100200		MP	1	8,80	0,00		1	03/11/2010		Antonia
3	00	85100196		O	1	6,10	0,00		1	03/11/2010		Antonia
4	00	85100196		P	1	6,10	0,00		1	03/11/2010		Antonia
5	00	85100196		P	1	6,10	0,00		1	06/11/2010		Antonia
6	00	85100196		P	1	6,10	0,00		1	06/11/2010		Antonia
7	00	85100196		V	1	6,10	0,00		1	06/11/2010		Antonia
8	00	85100196		V	1	6,10	0,00		1	06/11/2010		Antonia
9	00	84000198		HASE	1	3,50	0,00		1	09/11/2010		Antonia
10	00	84000198		HASD	1	3,50	0,00		1	09/11/2010		Antonia
11	00	84000198		HAID	1	3,50	0,00		1	09/11/2010		Antonia
12	00	84000198		HAIE	1	3,50	0,00		1	09/11/2010		Antonia
13												
14												
15												
16												
17												
18												

43-Data Prevista Término 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 Quantitativo US 1628,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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, 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/9/11/11/2010 Dra. Kely Mourão Aguiar CRO-AM 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/9/11/11/2010 Dra. Kely Mourão Aguiar CRO-AM 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11/2010 Antonia Barroso da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---