



438204
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/12 12:01	4-Data de Autorização 11/01/12 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8134014	7-Data Validade da Senha 11/01/13 12:11
Dados do Beneficiário					
8-Alfabeto da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 8 9 2 9 1 0 0 0 1 4 5 0 2	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA				
13-Nome DANIEL TAVARES DE PAIVA	16/07/2008				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	22-Nome do Contratado Excusante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNO / CPF 15 9 4 4 1 0 3 8 2 5 3	22-Nome do Contratado Excusante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR				
26-Nome do Profissional Excusante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114				
28-UF AM					
29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	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 Glor	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	13 4 1 0 10			0	10 10		
2-0	0	8 4 0 0 0 0 9 0			1	7 2 10 10			0	10 10		
3-0		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
3-0		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR										
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento									
☐ 1-Total ☐ 2-Parcial			☐ 1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência									
45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US									
☐ 1-Total ☐ 2-Parcial			☐ 1 0 6 0 10									
47-Valor Total R\$			48-Valor Total R\$									
☐ 1-Total ☐ 2-Parcial			☐ 10 10 10									
49-Total Franquia / Co-participação R\$			50-Total Franquia / Co-participação R\$									
☐ 1-Total ☐ 2-Parcial			☐ 1 0 10 10									

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Aliamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	1 0 6 10 10		

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(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.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/12 12:00	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/12 12:00	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/12 12:00	53-Data local e Carimbo da Empresa
--	--	--	------------------------------------

Dra. Kelly Mourão Aguiar
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
CRO-AM 4114

Procedimento TAVARES FRANCA