

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/09/20	4-Data de Autorização 12/5/09/20	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7901606	7-Data Validade da Série 12/2/12/20
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

382253
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202511631600025201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SILVIA MARTINS DOS SANTOS	02/04/1983	14-Telefone (12) 2111191319513	15-Nome do Titular do plano SILVIA MARTINS DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
21-Código de Operadora / CNO / CPE 59441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114
28-UF AM	29-Código CBO S 04
Faturar Empresa 025 -	

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	161,00	0,00			12/09/2012		Silvia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 61,00	47-Valor Totál R\$ 0,00	48-Totál 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 12/09/2012 KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR CRO 4114	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 12/09/2012 KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR CRO 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/2012	53-Data, local e Cambio da Empresa / /
---	---	---	---

Silvia Martins dos Santos