



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Identificação ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
09/11/2012

4-Data de Autorização
14/11/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8037327

7-Data Validade da Senha
07/02/2013

415305
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Idade do Beneficiário
02/02/2012

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
ENZO RICHARD RODRIGUES DOS SANTOS

24/02/2007

14-Telefone
(012) 919151-911616

15-Nome do titular do plano
VALDENOR CARDOSO DOS SANTOS

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 Operação / CNPJ / CPF
159441038253

22-Nome do Contratado Executante
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

23-Número no CRO
4114

24-UF
AM

25-Código CNES

26-Código CBO S

28-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- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Molho da Glaxo	42- Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	1	3 4 1 0 0					
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	6 1 1 0 0					
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	6 1 1 0 0					
4-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1	1	8 8 1 0 0					
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
10-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
11-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
12-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
13-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
14-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
15-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1 0 0					
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Quantificação	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$	49-Observação						
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Úrgência Emergência	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	3 8 4 1 0 0	10 1 0 0							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme facime 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
11/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2012

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Valdenor Cardoso dos Santos