



1-Registro ANS 40.4	3-Data de Emissão da Guia 11/3/11/11/2101	4-Data de Autorização 11/6/11/11/2101	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8053296	7-Data Validade da Sentença 11/1/10/21/211
------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025218929100010108011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número da Cartão Nacional da Saúde 704607675950625
---	--------------------------------	---------------------------------------	---	--

13-Nome CICERA DA SILVA ARAUO	14-Teléfono (1912) 842612637	15-Nome do Titular do plano CICERA DA SILVA ARAUO
----------------------------------	---------------------------------	--

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	21-Código CBO S 414 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15194411038253	23-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	24-UF AM	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218 (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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
3-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OPV	1	12,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VP	1	8,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
13-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			11/6/11/2011		<i>Liciana</i>
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 Quantitativo US 854,00	47-Aut Total R\$ 10,00	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	------------------------------------	---------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/11/11/2011 Dra. Kely Mourão Aguiar CRO-AM 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/11/11/2011 Dra. Kely Mourão Aguiar CRO-AM 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/11/11/2011 Liliana da Silva Araújo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---