

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

509991
INTERCÂMBIO7-Data Validade da Senha
12/4/10 16/12/116-Número da Guia Principal
84287275-Senha
AUTORIZADO4-Data de Autorização
13/10/10 13/12/113-Data de Emissão da Guia
12/6/10 13/12/111-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100201252905620002121204
10-Empresa
BORE INDUSTRIA DE
11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde13-Nome
THAIS REGINA DA SILVA SILVA
14-Telefone
(1912) 983311-1951018
15-Nome do titular do plano
FRANCISCA REJANE MELO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
KAIO AZEDO LEITE
18-Número no CRO
4602
19-UF
AM
20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0011181212511111
22-Nome do Contratado Executante
KAIO AZEDO LEITE
23-Número no CRO
4602
24-UF
AM
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante
KAIO AZEDO LEITE
27-Número no CRO
4602
28-UF
AM
29-Código CBO S30-Tabela
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Régulo
46 VO 1
34-Face
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franchia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura1-1001851002000212120001 RESTAURAÇÃO RESINA
2-1
3-1
4-1
5-1
6-1
7-1
8-1
9-1
10-1
11-1
12-1
13-1
14-1
15-143-Data Previsão Término do Tratamento
13/10/10 13/12/11
44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US
18181010
47-Valor Total R\$
48-Total Franchia / 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/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
13/10/10 13/12/11 CRO - AM 4602
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/10/10 13/12/11 CRO - AM 460252-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/10 13/12/11 Thaís Rejane

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



484087
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/5/10 5/12/11

5-Número da Guia Principal
8326276

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/12/10 3/12/11

3-Data de Emissão da Guia
12/14/10 2/12/11

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10101210253117400000376011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
PSD EDUCACAO SA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
KAIO AZEDO LEITE

13-Nome
ELIEL DA COSTA SOUZA

14-Telefone
(19121) 38413181-510194

15-Nome do titular do plano
ELIEL DA COSTA SOUZA

17-Nome do Profissional Solicitante
KAIO AZEDO LEITE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1010111811212121511111

22-Nome do Profissional Executante
KAIO AZEDO LEITE

23-Código no CRQ
4602

24-UF
AM

25-Código CNES
4602

26-UF
AM

27-Número no CRQ
4602

28-UF
AM

29-UF
AM

30-UF
AM

31-UF
AM

32-UF
AM

33-UF
AM

34-UF
AM

35-UF
AM

36-UF
AM

37-UF
AM

38-UF
AM

39-UF
AM

40-UF
AM

41-UF
AM

42-UF
AM

43-UF
AM

44-UF
AM

45-UF
AM

46-UF
AM

47-UF
AM

48-UF
AM

49-UF
AM

50-UF
AM

51-UF
AM

52-UF
AM

53-UF
AM

54-UF
AM

55-UF
AM

56-UF
AM

57-UF
AM

58-UF
AM

59-UF
AM

60-UF
AM

61-UF
AM

62-UF
AM

63-UF
AM

64-UF
AM

65-UF
AM

66-UF
AM

67-UF
AM

68-UF
AM

69-UF
AM

70-UF
AM

71-UF
AM

72-UF
AM

73-UF
AM

74-UF
AM

75-UF
AM

76-UF
AM

77-UF
AM

78-UF
AM

79-UF
AM

80-UF
AM

81-UF
AM

82-UF
AM

83-UF
AM

84-UF
AM

85-UF
AM

86-UF
AM

87-UF
AM

88-UF
AM

89-UF
AM

90-UF
AM

91-UF
AM

92-UF
AM

93-UF
AM

94-UF
AM

95-UF
AM

96-UF
AM

97-UF
AM

98-UF
AM

99-UF
AM

100-UF
AM

101-UF
AM

102-UF
AM

103-UF
AM

104-UF
AM

105-UF
AM

106-UF
AM

107-UF
AM

108-UF
AM

109-UF
AM

110-UF
AM

111-UF
AM

112-UF
AM

113-UF
AM

114-UF
AM

115-UF
AM

116-UF
AM

117-UF
AM

118-UF
AM

119-UF
AM

120-UF
AM

121-UF
AM

122-UF
AM

123-UF
AM

124-UF
AM

125-UF
AM

126-UF
AM

127-UF
AM

128-UF
AM

129-UF
AM

130-UF
AM

131-UF
AM

132-UF
AM

133-UF
AM

134-UF
AM

135-UF
AM

136-UF
AM

137-UF
AM

138-UF
AM

139-UF
AM

140-UF
AM

141-UF
AM

142-UF
AM

143-UF
AM

144-UF
AM

145-UF
AM

146-UF
AM

147-UF
AM

148-UF
AM

149-UF
AM

150-UF
AM

151-UF
AM

152-UF
AM

153-UF
AM

154-UF
AM

155-UF
AM

156-UF
AM

157-UF
AM

158-UF
AM

159-UF
AM

160-UF
AM

161-UF
AM

162-UF
AM

163-UF
AM

164-UF
AM

165-UF
AM

166-UF
AM

167-UF
AM

168-UF
AM

169-UF
AM

170-UF
AM

171-UF
AM

172-UF
AM

173-UF
AM

174-UF
AM

175-UF
AM

176-UF
AM

177-UF
AM

178-UF
AM

179-UF
AM

180-UF
AM

181-UF
AM

182-UF
AM

183-UF
AM

184-UF
AM

185-UF
AM

186-UF
AM

187-UF
AM

188-UF
AM

189-UF
AM

190-UF
AM

191-UF
AM

192-UF
AM

193-UF
AM

194-UF
AM

195-UF
AM

196-UF
AM

197-UF
AM

198-UF
AM

199-UF
AM

200-UF
AM

201-UF
AM

202-UF
AM

203-UF
AM

204-UF
AM

205-UF
AM

206-UF
AM

207-UF
AM

208-UF
AM

209-UF
AM

210-UF
AM

211-UF
AM

212-UF
AM

213-UF
AM

214-UF
AM

215-UF
AM

216-UF
AM

217-UF
AM

218-UF
AM

219-UF
AM

220-UF
AM

221-UF
AM

222-UF
AM

223-UF
AM

224-UF
AM

225-UF
AM

226-UF
AM

227-UF
AM

228-UF
AM

229-UF
AM

230-UF
AM

231-UF
AM

232-UF
AM

233-UF
AM

234-UF
AM

235-UF
AM

236-UF
AM

237-UF
AM

238-UF
AM

239-UF
AM

240-UF
AM

241-UF
AM

242-UF
AM

243-UF
AM

244-UF
AM

245-UF
AM

246-UF
AM

247-UF
AM

248-UF
AM

249-UF
AM

250-UF
AM

251-UF
AM

252-UF
AM

253-UF
AM

254-UF
AM

255-UF
AM

256-UF
AM

257-UF
AM

258-UF
AM

259-UF
AM

260-UF
AM

261-UF
AM

262-UF
AM

263-UF
AM

264-UF
AM

265-UF
AM

266-UF
AM

267-UF
AM

268-UF
AM

269-UF
AM

270-UF
AM

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A*

484101
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/15/10 5/12/11

5-Número da Guia Principal
8326328

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/12/11 03/12/11

3-Data de Emissão da Guia
12/14/10 12/12/11

1-Registro ANS
406414

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

10-Empresa
PSD EDUCACAO SA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
000120253117400000376011

13-Nome
ELIEL DA COSTA SOUZA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do Titular do plano
ELIEL DA COSTA SOUZA

14-Telefone
(1912) 3847181-518194

18-Número no CRC
4602

19-JF
AM

20-Código CBO S
025 -

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF
1001118121212511

22-Nome do Contratado Executante
KAIO AZEDO LEITE

23-Número no CRC
4602

24-JF
AM

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
KAIO AZEDO LEITE

27-Número no CRC
4602

37-Valor

36-Quantidade US

35-Qtd

34-Face

33-Dente/Região

32-Descrição

38-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Assinatura

43-Total Franquia / Co-participação R\$

44-Total Franquia / Co-participação R\$

45-Total Franquia / Co-participação R\$

46-Total Franquia / Co-participação R\$

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Total Franquia / Co-participação R\$

51-Total Franquia / Co-participação R\$

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

101-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

102-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

103-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

104-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

105-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

106-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

107-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

108-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

109-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

110-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

111-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

112-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

113-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

114-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

115-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

116-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

117-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

118-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

119-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

120-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

121-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

122-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

123-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

124-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

125-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

126-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

127-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

128-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

129-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

130-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

131-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

132-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

133-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

134-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

135-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

136-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

137-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

138-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

139-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

140-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

141-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

142-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

143-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

144-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

145-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

146-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

147-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

148-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

149-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

150-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

151-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

152-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

153-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

154-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

