

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



423429
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 11/20	4-Data de Autorização 12/11/11 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 807/588	7-Data Validade da Senha 11/17/10 2/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Beneficiário da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 3 2 5 8 3 0 0 0 0 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANTONIO JARLES DA SILVA SOUZA	14-Telefone (912) 9191416116121215	15-Nome do titular do plano ANTONIO JARLES DA SILVA SOUZA
--	---------------------------------------	--

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 na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 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-Dentes Região	34-Face	35-Civ	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	1	134,00	0,00				
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
9-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1	1	188,00	0,00				
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	161,00	0,00				

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 610,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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) 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

Dra. Kely Mourão Aguiar
 Cirurgião-Dentista
 CRO-AM 4114

Dra. Kely Mourão Aguiar
 Cirurgião-Dentista
 CRO-AM 4114

Carimbo para do Silva souza