

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 9/12/01	4-Data de Autorização 12/5/10 9/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7901650	7-Data Validade da Senha 12/2/11 2/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

382264
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01020252892911000017990131	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898002872338537
13-Nome HEVELLYN BEATRIZ SILVA DA COSTA		14-Telefone (012) 41410131519319	15-Nome do titular do plano ROSIANE VALARES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253111	22-Nome do Contratado Encarregado KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
25-Nome do Profissional Encarregado KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-	00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	161,00	0,00	5125/10/09/12/01	Revisão		
2-	00	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	161,00	0,00	5125/10/09/12/01	Revisão		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/11	44- Tipo de Atendimento ☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento ☐ 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 122,00	47- Valor Total R\$ 10,00	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(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 Responsável pelo Tratamento 12/5/10 09/12/01	51-Data, local e Assinatura do Contratado Encarregado 12/5/10 09/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/10 09/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/11
---------------	--	---	---	---

Revisão Valares da Silva