

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/2010 4-Data de Autorização 10/05/2011 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7832702 7-Data Validade da Sentença 12/07/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

366452
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020251163160001730303 9-Paciente POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome ISABELLA HELOIZA LOPES ATAIDE 14-Endereço 99,222,22-111111 15-Nome do titular do plano SILANETE MOREIRA LOPES

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1594411038253

22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

23-Número no CRO 4114

24-UF AM

25-Código CBO S 04

26-UF AM

27-Código CBO S

28-UF AM

29-Código CBO S

30-UF AM

31-UF AM

18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 04 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1594411038253 22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CBO S 04 26-UF AM 27-Código CBO S 28-UF AM 29-Código CBO S 30-UF AM 31-UF AM

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 Guisa	42- Assinatura
1-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	11	18,8	1,0	10,0	11	15/10/2011	1201	Isabella
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	11	16,1	1,0	10,0	11	15/10/2011	1201	Isabella
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	11	16,1	1,0	10,0	11	15/10/2011	1201	Isabella
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	11	16,1	1,0	10,0	11	15/10/2011	1201	Isabella
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	11	16,1	1,0	10,0	11	15/10/2011	1201	Isabella
6-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	11	13,4	1,0	10,0	11	15/10/2011	1201	Isabella
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-urgência/Emergência 45-Tipo de Fracturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 366 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/10/2010 Dra. Kelly Mourão Aguiar 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2010 Dra. Kelly Mourão Aguiar 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Isabella Heloiza Lopes Ataide