



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/13/10/18/12/10	4-Data de Autorização 10/14/10/18/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7757843	7-Data Validade da Série 10/11/11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

350428
INTERCÂMBIO

8-Número de Carteira 10/02/10/25/29/10/15/16/20/10/12/5/10/21	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700706493783680
13-Nome JULLYANE YASMIN COIMBRA DA SILVA	20/06/2005	14-Telefone (992) 98489 6176	15-Nome do titular do plano KELLYANE SOARES COIMBRA	

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 59441038253	22-Nome do Contratado Excusante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
26-Nome do Profissional Excusante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114
28-UF AM	29-Código CRO S 04
30-UF AM	31-Código CRO S 04
Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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	1010	8110000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	134,00	10,00	10,00	10,00	10/05/10	20	Kellyane
2	1010	8511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	161,00	0,00	10,00	10/06/08	20	Kellyane
3	1010	8511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	161,00	0,00	10,00	10/06/08	20	Kellyane
4	1010	8511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	161,00	0,00	10,00	10/08/08	20	Kellyane
5	1010	8511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	161,00	0,00	10,00	10/08/08	20	Kellyane
6	1010	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	10,00	10/08/08	20	Kellyane
7	1010	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	10,00	10/08/08	20	Kellyane
8	1010	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	10,00	10/08/08	20	Kellyane
9	1010	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	10,00	10/08/08	20	Kellyane
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	418,00	10,00	10,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/10/2020 Cirurgião Dentista CRO AM 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/10/2020 Cirurgião Dentista CRO AM 4114	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 08/10/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

X Kellyane Soares Coimbra


351038
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/04/2018

4-Data de Autorização
10/06/2018

5-Semeta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7760507

7-Data Validade da Semeta
10/12/2018

Dados do Beneficiário

R-Número da Carteira
0002102152905620001830303

6-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BOREO INDUSTRIA DE

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708508327459975

3-Nome
HUGO DE SOUZA OLIVEIRA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

02/02/2008

14-Telefone
(912) 3183179

15-Nome do titular do plano
MARIO JANIO DOS SANTOS VIEIRA

16-Aterramento a RV
CLINICA ORAL D - MATRIZ

22-Nome do Contratado Executante
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

18-Número no CRO
4114

19-UF
AM

20-Código CBO 3
04

414 -

Faturar Empresa
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
59441038253

23-Número no CRO
4114

24-UF
AM

25-Código CUES

26-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

34-Face

35-Qnt

36-Quantidade US

37-Visor

38-Franque/Co-participação R\$

1-0008100065

RESTAURAÇÃO RESINA

16

0

6100

0400

S1040840
Reyane

2-00085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

24

0

6100

0400

S1060840
Reyane

3-00085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

25

0

6100

0400

S1060840
Reyane

4-00085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

36

0M

8100

0400

S1060840
Reyane

5-00085100200

RESTAURAÇÃO RESINA

37

0

6100

0400

S1060840
Reyane

6-00085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

46

0

6100

0400

S1060840
Reyane

7-00085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

47

0

6100

0400

S1060840
Reyane

8-00085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

44

V

6100

0400

S1060840
Reyane

9-00085100196

RESTAURAÇÃO RESINA

10

11

12

13

14

15

43-Data Previsão Término do Tratamento

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
549,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franque / 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(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
11/11/2018
Dra. Kelly Mourão Aguiar

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/2018
Dra. Kelly Mourão Aguiar

52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável
11/11/2018
Dra. Kelly Mourão Aguiar

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2018
Dra. Kelly Mourão Aguiar

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2018
Dra. Kelly Mourão Aguiar

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/2018
Dra. Kelly Mourão Aguiar