

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951238	7-Data Validade da Senha 08/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025289129100035011	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde 702007393365988
---	--------------------------------	---------------------------------------	--	--

13-Nome JONELHA GOMES DA SILVA	14-Telefone (912) 993913-4956	15-Nome do titular do plano JONELHA GOMES DA SILVA
-----------------------------------	----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA 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
18-Número no CRO 4114	19-UF AM
23-Número no CRO 4114	24-UF AM
25-Código CBO S 04	25-Código CBO S 04
28-UF AM	29-Código CBO S 04
Faturar Empresa	

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012
3-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012	11/11/2012
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 296,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/2012
---	---	---	--

Doutor, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Kelly Aguiar Aguiar
CRO-AM 4114

Jonelle Gomes da Silva