



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Me



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 10/12/10	4-Data de Autorização 10/06/11 10/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7935158	7-Data Validade da Sentença 10/03/10 11/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

390239
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00020252891000179011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703501036503830
--	--------------------------------	---------------------------------------	---	--

13-Nome ROSANE VALARES DA SILVA	14-Tipo de 91219403-51039	15-Nome do titular do plano ROSANE 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 59441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
26-Nome do Profissional Executante 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 CNES (1) 85100200	29-Código CBO S 414 - Faturar Empresa Enviar - RX

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Labela	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
1-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VI	1	88,00	0,00	5113,00	10/12/10
2-1	1								
3-1	1								
4-1	1								
5-1	1								
6-1	1								
7-1	1								
8-1	1								
9-1	1								
10-1	1								
11-1	1								
12-1	1								
13-1	1								
14-1	1								
15-1	1								
43-Data Previsto Término do Tratamento									
44-Tipo de Atendimento									
45-Tipo de Faturamento									
46-Total Quantitativo US									
47-Valor Total R\$									
48-Total Franquia / 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(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 Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/11 01/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/11 01/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/11 01/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 11/11/11
--	--	--	--

Cirurgião-Dentista
CRO-AM 4114
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 4114
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 4114

Rosane Valares da Silva