



345678  
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012 4-Data de Autorização 12/07/2012 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7735550 7-Data Validação da Série 12/21/2012

8-Nome do Beneficiário 10-Data de Nascimento 12/02/2010 11-Data Validada da Carteira 12/02/2012 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707407002137970

13-Nome LUIZ GUSTAVO NASCIMENTO PESSOA 14-Telefone 912510124112 15-Nome do titular do plano ANA CARLA NASCIMENTO PESSOA

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1594410318253 22-Nome do Contratado Escutante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

26-Nome do Profissional Escutante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 27-Número no CRO 4114 28-UF AM 29-Código CBO S 4114

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-Moeda da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,14	10,00	0,00	0,00	08/12/2012	Realizado	
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	8,18	10,00	0,00	0,00	08/12/2012	Realizado	
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	75	V	1	6,11	10,00	0,00	0,00	08/12/2012	Realizado	
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6,11	10,00	0,00	0,00	08/12/2012	Realizado	
5-0	0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	7,2	10,00	0,00	0,00	08/12/2012	Realizado	
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Estado Realizado	46-Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
12/11/2012	1-1-Tipos de Atendimento	3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	3,14	10,00	0,00							

Declaro, que após ler 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 Beneficiário: **Dra. Kely Mourão Aguiar** 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado: **Dra. Kely Mourão Aguiar** 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **Dra. Kely Mourão Aguiar** 53-Data, local e Carimbo da Empresa: **CROAMATIA**

x Juho Leites Nascimento Perce.



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



345680  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10/17/12/10	4-Data de Autorização 12/7/10/17/12/10	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7735553	7-Data Validade da Semana 12/2/11/10/12/10
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00020125219105162000081202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707407002137970
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome ALESSANDRO SANTIAGO PESSOA	14-Teléfono (912) 9125012412	15-Nome do titular do plano ANA CARLA NASCIMENTO PESSOA
---------------------------------------	---------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	414 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código no Operador / CNPJ / CPF 59441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES	26-Código CBO S
28-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Satisfeitos

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medio de Greco	42-Assinatura
1-0	0810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134,00	0,00			08/11/20		Alessandro
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	161,00	0,00			08/11/20		Alessandro
3-0	0851002100	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	188,00	0,00			08/11/20		Alessandro
4-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	161,00	0,00			08/11/20		Alessandro
5-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	161,00	0,00			08/11/20		Alessandro
6-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	161,00	0,00			08/11/20		Alessandro
7-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/11/20		Alessandro
8-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/11/20		Alessandro
9-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/11/20		Alessandro
10-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/11/20		Alessandro
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 506,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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.

48-Observação

50-Dados locais e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/11/08/11/2020 Dr. Kely Mourao Aguiar Cirurgião Dentista 14/11/08/11/2020 Kely Mourao Aguiar CRO-AM 4114	53-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/08/11/2020 Alessandra Pessôa	55-Dados locais e Assinatura da Empresa 11/11/11/11
--	--	--