



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



328850
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 23/10/2010	4-Dia de Autorização 22/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7657237	7-Dia Validade da Guia 21/10/2010
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 000202511631600060102	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome JOSE PEDRO SANTOS DA COSTA	14-Telefone (11) 2114-1163	15-Nome do titular do plano FERNANDO SANTOS DA COSTA
---------------------------------------	-------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CRO S 04
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------

21-Código de Operadora / CRO / CPF 1594411038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CHES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

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

30-Telex	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo de Causa	42-Assinatura
1-00	81001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0			11/11/2011	Sugestão	
2-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6,10	0			11/11/2011	Sugestão	
3-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6,10	0			11/11/2011	Sugestão	
4-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6,10	0			11/11/2011	Sugestão	
5-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6,10	0			11/11/2011	Sugestão	
6-00	851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6,10	0			11/11/2011	Sugestão	
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidades US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Limpeza/Emergência	1-Total 2-Parcial	33,90	10,00	

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 bancar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2011/2010 KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/11/2011/2010 KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011/2010	53-Dia, local e Cartão da Empresa 11/11/2011/2010
--	---	---	--

Sugestão dos Serviços