

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 17/11/2012 4-Data de Autorização 20/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7968459 7-Data Validade da Sanha 15/10/2011

Dados do Beneficiário

8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Empresa BRITANIA COMPONENTES 10-Telefone 12199116-2686 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome AYLA LUANA FERREIRA MARTINS 14-Data Validade do Plano 15-Nome do Titular do plano MAIRA JAINA GOMES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ 18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CRO S 04 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253 22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CNES 26-Código CRO S 27-Número no CRO 4114 28-UF AM 29-Código CRO S 30-UF AM 31-Código CRO S 32-Código CRO S 33-Código CRO S 34-Código CRO S 35-Código CRO S 36-Código CRO S 37-Código CRO S 38-Código CRO S 39-Código CRO S 40-Código CRO S 41-Código CRO S 42-Código CRO S 43-Código CRO S 44-Código CRO S 45-Código CRO S 46-Código CRO S 47-Código CRO S 48-Código CRO S 49-Código CRO S 50-Código CRO S 51-Código CRO S 52-Código CRO S 53-Código CRO S 54-Código CRO S 55-Código CRO S 56-Código CRO S 57-Código CRO S 58-Código CRO S 59-Código CRO S 60-Código CRO S 61-Código CRO S 62-Código CRO S 63-Código CRO S 64-Código CRO S 65-Código CRO S 66-Código CRO S 67-Código CRO S 68-Código CRO S 69-Código CRO S 70-Código CRO S 71-Código CRO S 72-Código CRO S 73-Código CRO S 74-Código CRO S 75-Código CRO S 76-Código CRO S 77-Código CRO S 78-Código CRO S 79-Código CRO S 80-Código CRO S 81-Código CRO S 82-Código CRO S 83-Código CRO S 84-Código CRO S 85-Código CRO S 86-Código CRO S 87-Código CRO S 88-Código CRO S 89-Código CRO S 90-Código CRO S 91-Código CRO S 92-Código CRO S 93-Código CRO S 94-Código CRO S 95-Código CRO S 96-Código CRO S 97-Código CRO S 98-Código CRO S 99-Código CRO S 100-Código CRO S

26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fase	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			31/10/2012		
2	008510020	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,80	0,00			31/10/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Total Quantitativo US 122,00 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(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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Kely Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kely Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Maíra Jaine Gomes Ferreira