



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2010	4-Data de Autorização 17/11/2010	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8150529	7-Data Validade da Série 16/10/13
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

441986
INTERCÂMBIO

8-Endereço do Beneficiário Bairro da Carreira 000202529056200013403	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carreira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704304569172991
13-Nome LVIA LAHIS SOUSA DE OLIVEIRA	01/04/2009	14-Idade 29	15-Nome do titular do plano LEONILDO RIBEIRO DE OLIVEIRA	

16-Atendimento a RN CLINICA ORAL D - MATRIZ		17-Nome do Profissional Solicitante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
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 CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Índice	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 Guisa	42-Assinatura
1-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	134,00	0,00		S11811/1121/2010	06/01/10		Dr. Daniel
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	161,00	0,00		S11811/1121/2010	06/01/10		Dr. Daniel
3-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	188,00	0,00		S11811/1121/2010	06/01/10		Dr. Daniel
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	161,00	0,00		S11811/1121/2010	06/01/10		Dr. Daniel
5-00	08400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	172,00	0,00		S11811/1121/2010	06/01/10		Dr. Daniel
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo do Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Tipo de Faturamento												
47-Valor Total R\$												
48-Valor Total R\$												
49-Valor Total R\$												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fractal	46-Total Quantitativo US 316,00	47-Válor Total R\$ 10,00	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) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, conforme a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dra. Kely Mourão Aguiar
CRO-AM 4114

Dra. Kely Mourão Aguiar
CRO-AM 4114

Jaime Roberto Sousa