



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



414192
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 26414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/11/12/01	4-Data de Autorização 11/11/11/2/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032614	7-Data Validade da Sentença 10/5/10/2/21
-------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 000202513169300001101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARLUCE MARTINS BRAGA	05/07/1983	14-Telefone (912) 019818-4493	15-Nome do titular do plano MARLUCE MARTINS BRAGA
----------------------------------	------------	----------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código no Operadora / CNPJ / CPE 59441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CHES 26-Código CBO S
--	--	--------------------------	-------------	-----------------------------------

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

30-Índice	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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00					
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00					
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	61,00	0,00					
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00					
6-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	IV	1	88,00	0,00					
7-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	IV	1	88,00	0,00					
8-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	61,00	0,00					
9-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					
10-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					
11-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					
12-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/6/11/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 659,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
---	--	---	------------------------------------	-----------------------------	---

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(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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 11/6/11/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/6/11/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/6/11/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11
---------------	--	--	--	--

Dra. Kely Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kely Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

MARLUCE MARTINS BRAGA