

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 10/03/11 2/12/10 4-Dado de Autorização 10/04/11 2/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8116517 7-Dado Validade da Sentença 10/03/11 03/12/11

434191
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/10 2/5/11 6/3/16 0/0/0 1/0/8 0/1/ 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Dado Validade da Carteira 12-Número de Cartão Nacional de Saúde 13-Meme AZEMAVETE ALVES DA SILVA 10/06/1981 14-Telefone (19) 29131383 16 15-Nome do titular do plano AZEMAVETE ALVES DA SILVA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ 18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 04 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15/944110/382513 22-Meme do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CBO S 26-UF AM 27-Número no CRO 4114 28-Código CBO S 29-Faturar Empresa 025 -

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		13	14	10		10/01/10		AZEMAVETE
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	16	1	10		10/01/10		AZEMAVETE
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	16	1	10		10/01/10		AZEMAVETE
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	16	1	10		10/01/10		AZEMAVETE
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	16	1	10		10/01/10		AZEMAVETE
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	16	1	10		10/01/10		AZEMAVETE
7-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5	10		10/01/10		AZEMAVETE
8-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5	10		10/01/10		AZEMAVETE
9-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5	10		10/01/10		AZEMAVETE
10-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3	5	10		10/01/10		AZEMAVETE
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Dado Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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), (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-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/04/11 12/10 51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/04/11 12/10 52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/11 12/10 53-Dado, local e Assinatura da Empresa 10/04/11 12/10

AZEMAVETE ALVES DA SILVA