

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



435965
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/01/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8123362	7-Data Validade da Senha 10/07/10 13/12/11
8-Número da Carteira 10/02/02 15/02/22 13/08/00 10/02/22 10/01/11			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MESON AMAZONIA IND E COM DE (012) 8159-1118	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11
13-Nome JOSE EDSON CARNEIRO ALCANTARA			10/11/1969	15-Nome do titular do plano JOSE EDSON CARNEIRO ALCANTARA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 594411038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES	025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR					
27-Número no CRO 4114					
28-UF AM					
29-Código CBO S					

30-Tabela	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 Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		
15-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	136,10	0,00			11/12/11 12/12/10		

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11 12/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	1144,10	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, compreendo 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, conforme a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/11/11 12/11/11 Dra. Kelly Mourão Aguiar CRO-AM 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 12/11/11 Dra. Kelly Mourão Aguiar CRO-AM 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 12/11/11 X JOSÉ EDSON DE ALCANTARA	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11 12/11/11
---	---	---	---