

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 4196414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 00/12/01 4-Data de Autorização 12/8/11 00/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7996364 7-Data Validade da Senha 12/4/10 11/21

Dados do Beneficiário

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

13-Nome MAICON FERREIRA DA SILVA 09/10/1992 14-Telefone (912) 18110101-41181981 15-Nome do titular do plano MAICON FERREIRA DA SILVA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento 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 159441038253 22-Nome do Contribuinte Excusante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CNES (I) 85100218 (II) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200 26-Nome do Profissional Excusante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 27-Número no CRO 4114 28-UF AM 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fraco	35-Ciut	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
3-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
4-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
5-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
6-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
7-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
8-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
9-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
10-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
11-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
12-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
13-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
14-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
15-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Data Prevista Término do Tratamento 46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 47-Valor Total R\$ 811,00 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Maicon Ferreira da Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/11 2020 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11