



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



359330
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2010	4-Data de Autorização 12/01/08/2010	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7798607	7-Data de Validade da Guia 11/01/11/2010
---------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Beneficiário da Carteira 010120125206480000037031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data de Validade da Carteira 11/01/11/2010	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome QUEZIA PARA DA SILVA MACEDO	15/05/1992	14-Telefone (918) 91848195464	15-Nome do Titular do plano THIAGO DA SILVA GONCALVES
--	------------	----------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Endereço a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1594410381253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114
28-UF AM	29-Código CBO S 04
29-UF AM	25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/08/2010		Quezia
2-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/08/2010		Quezia
3-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/08/2010		Quezia
4-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/08/2010		Quezia
5-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00			11/08/2010		Quezia
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

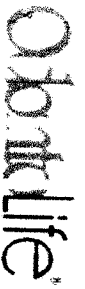
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/08/2010 Dia Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/08/2010 Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/08/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------

+ Quezia Para da Silva Macedo



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2018	4-Data de Autorização 12/14/2018	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805866	7-Data Validade da Guia 11/18/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

360930
IN ERCA MB O

8-Número da Carteira 0002025116316000049011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/2019	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	--	---

13-Nome CLAUDIA PATRICIA OLIVEIRA VEIGA	29/01/1983	14-Tipo de Plano 99289-8606	15-Nome do titular do plano CLAUDIA PATRICIA OLIVEIRA VEIGA
--	------------	--------------------------------	--

16-Atendimento a RU N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA 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 Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CBO S 4114	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- Fatores	35- Cuid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6,5					
2-0	0	8	4	0	0	0	19,8					
3-0	0	8	4	0	0	0	19,8					
4-0	0	8	4	0	0	0	19,8					
5-0	0	8	4	0	0	0	19,8					
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total R\$

52-Valor Total R\$

53-Valor Total R\$

54-Valor Total R\$

55-Valor Total R\$

56-Valor Total R\$

57-Valor Total R\$

58-Valor Total R\$

59-Valor Total R\$

60-Valor Total R\$

61-Valor Total R\$

62-Valor Total R\$

63-Valor Total R\$

64-Valor Total R\$

65-Valor Total R\$

66-Valor Total R\$

67-Valor Total R\$

68-Valor Total R\$

69-Valor Total R\$

70-Valor Total R\$

71-Valor Total R\$

72-Valor Total R\$

73-Valor Total R\$

74-Valor Total R\$

75-Valor Total R\$

76-Valor Total R\$

77-Valor Total R\$

78-Valor Total R\$

79-Valor Total R\$

80-Valor Total R\$

81-Valor Total R\$

82-Valor Total R\$

83-Valor Total R\$

84-Valor Total R\$

85-Valor Total R\$

86-Valor Total R\$

87-Valor Total R\$

88-Valor Total R\$

89-Valor Total R\$

90-Valor Total R\$

91-Valor Total R\$

92-Valor Total R\$

93-Valor Total R\$

94-Valor Total R\$

95-Valor Total R\$

96-Valor Total R\$

97-Valor Total R\$

98-Valor Total R\$

99-Valor Total R\$

100-Valor Total 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) 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-Observação

51-Observação

52-Observação

53-Observação

54-Observação

55-Observação

56-Observação

57-Observação

58-Observação

59-Observação

60-Observação

61-Observação

62-Observação

63-Observação

64-Observação

65-Observação

66-Observação

67-Observação

68-Observação

69-Observação

70-Observação

71-Observação

72-Observação

73-Observação

74-Observação

75-Observação

76-Observação

77-Observação

78-Observação

79-Observação

80-Observação

81-Observação

82-Observação

83-Observação

84-Observação

85-Observação

86-Observação

87-Observação

88-Observação

89-Observação

90-Observação

91-Observação

92-Observação

93-Observação

94-Observação

95-Observação

96-Observação

97-Observação

98-Observação

99-Observação

100-Observação