

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019 4-Data de Autorização 10/11/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7923891 7-Data Validade da Guia 12/01/2020

387144
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02/513211030000011004 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADRIANA BATISTA BARAUNA

11/05/1980

14-Telefone 020992384647

15-Nome do titular do plano ROGERIA PINHEIRO GONCALVES

16-Atendimento a RN CLÍNICA ORAL D - MATRIZ

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 04 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253 22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 27-Número no CRO 4114 28-UF AM 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 31-Data de Realização 32-Motivo da Causa 33-Assinatura

34-Face 35-Ord 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Causa 42-Assinatura

36-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	081010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134,00	0,00			11/01/2019		
2-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	88,00	0,00			11/01/2019		
3-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00			11/01/2019		
4-00	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	122,00	0,00			11/01/2019		
5-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00			11/01/2019		
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			11/01/2019		
7-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	V	1	61,00	0,00			11/01/2019		
8-00	0840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			11/01/2019		
9-00	0840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			11/01/2019		
10-00	0840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			11/01/2019		
11-00	0840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			11/01/2019		
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista 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 Franchisa / Co-participação R\$

49-Observação

Imagens analisadas.

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

50-Data, local e Assinatura do Contratado Executante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cambio da Empresa

54-Data, local e Cambio da Empresa

Dra. Kely Mourao Aguiar
CRO-AM 4114

Dra. Kely Mourao Aguiar
CRO-AM 4114

Adriana Batista Barauna