



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/019/12/01	4-Data de Autorização 10/3/11/019/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7840576	7-Data Validade da Senha 13/01/11/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

368199
INTERCÂMBIO

8-Atendimento de Carteira 0101201252891291010102941013	9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003422886836
13-Nome NATHALIA LETICIA SOUZA DA SILVA		14-Telefone (0121) 9191217-1919171214		15-Nome do titular do plano AFONSO CARVALHO DA SILVA
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 07/07/2008				

16-Atendimento a RN 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 15194411038253111	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CBO S 11	26-UF AM	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S 11	30-Data de Realização 11/03/09/2011	31-Motivo da Causa 42-Assinatura Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200
29-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															

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	0181001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,4	1,0	10		11/03/09/2011		Flaviana
2-0	01851010218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OLV	1	12,2	1,0	10		11/03/09/2011		Flaviana
3-0	01851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,8	1,0	10		11/03/09/2011		Flaviana
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total	24,4	10,0	10,0							

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/3/10/11/2010-ora. Kely Mourao de Aguiar CRO-PA 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/11/09/2010-ora. Kely Mourao de Aguiar CRO-PA 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/10/11/2010-20 Flaviana Oliveira de Souza	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	--