

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 11/12/01 4-Data de Autorização 12/11/11 11/12/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8071589 7-Data Validade da Sentença 11/17/10 12/11/11

423430
INTERCÂMBIO

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

13-Nome ANTONIO JARLES DA SILVA SOUZA 02/12/1998 14-Teléfono (914) 9191416-1121215 15-Nome do Titular do plano ANTONIO JARLES DA SILVA SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ 18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 04 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 da Profissional Executante KELY 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/Régulo	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	0853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00					<i>Kelly Mourao</i>
2-00	0853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00					<i>Kelly Mourao</i>
3-00	0853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00					<i>Kelly Mourao</i>
4-00	0853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00					<i>Kelly Mourao</i>
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 144,00 47-Valor Totál R\$ 0,00 48-Totál 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11 11/12/01 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 11/12/01 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 11/12/01 53-Data, local e Cartão da Empresa

Dra. Kelly Mourao Aguiar
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourao Aguiar
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 4114

x Cronici Jarles da Silva Souza