



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A



405255
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 405444	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 01/12/01	4-Data de Autorização 13/01/11 01/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8005555	7-Data Validade da Senha 12/04/11 01/12/11
---------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

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

13-Nome IRIS KETLEN DOS SANTOS RODRIGUES	14-Teléfono (010) 992160-4896	15-Nome do titular do plano MAICON FERREIRA DA SILVA
---	----------------------------------	---

Dados do Consultado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RV N	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 / CBO / CDF 159441038253	22-Nome do Consultado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES (1) 85100200	26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S (1) 85100200	025 - Faturar Empresa Enviar - RX
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--	--	--------------------------	-------------	--------------------------------	--	--------------------------	-------------	---------------------------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Ombre Região	34- Fator	35- QD	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	00	81000065				134,00						
2	00	85100196				61,00						
3	00	85100200				88,00						
4	00	85100196				61,00						
5	00	85100196				61,00						
6	00	85100196				61,00						
7	00	85100196				61,00						
8	00	85100196				61,00						
9	00	85100200				88,00						
10	00	84000198				35,00						
11	00	84000198				35,00						
12	00	84000198				35,00						
13	00	84000198				35,00						
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totol 2-Parcial	716,00	0,00	

Declaro, que após ler e compreender o presente documento, deixo expressamente reconhecido e aprovado o diagnóstico, o plano de tratamento, o custo e a alternativa de tratamento, conforme apresentado, 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(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	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
19/11/11 11/11/11	19/11/11 11/11/11	19/11/11 11/11/11	

Dra. Kelly Mourao Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

8 Iris Ketlen dos Santos Rodrigues