

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/6/10/9/12/0	4-Data de Autorização 12/8/10/9/12/0	5-Será AUTORIZADO	6-Número do Guia Principal 7909971	7-Data Validade da Seria 12/5/11/2/12/0
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

384154
INTERCÂMBIO

8-Alfabeto da Carteira 10/0/2/0/2/5/2/8/9/2/9/1/0/0/0/1/0/6/0/3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700405465285649
--	--------------------------------	---------------------------------------	---	--

13-Nome
BRUNA RODRIGUES DE FREITAS

10/02/1993

15-Nome do Titular do plano
ALEXSANDER JORGE DA SILVA ARAUJO

16-Atendimento a RN
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 Operação / CNPJ / CPF
5/9/4/4/1/0/3/8/2/5/3/1/1/1

22-Nome do Contratado Especialista
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

23-Número no CRO
4114

24-UF
AM

25-Código CNES

26-Nome da Profissional Especialista
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- Dentista Registre	34- Fone	35- Cid	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	1810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
2-0/0	1851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	16,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
3-0/0	1851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	16,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
4-0/0	1851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	16,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
5-0/0	1851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	16,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
6-0/0	1851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	16,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
7-0/0	1851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	16,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
8-0/0	1840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
9-0/0	1840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
10-0/0	1840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
11-0/0	1840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,10	0,00		11	28/10/2011		Brune
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1	44- Tipo do Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45- Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46- Total Quantidade US 540,10	47- Valor Total R\$ 10,10	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
---	---	--	-----------------------------------	------------------------------	---

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
- Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 10/2/10/2011 Dr. M. ARAUJO	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 10/2/10/2011 Dr. M. ARAUJO	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/2/10/2011 Bruna Rodrigues de Freitas	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1/1/1/1/1/1
---	---	--	--