

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



387784
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10/12/10	4-Data de Autorização 10/15/11/01/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7925403	7-Data Validade da Senha 13/01/12/12/10
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Valor da Carteira 0,02,01,2,5,2,0,6,4,8,0,0,0,0,9,7,0,3	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome SAMARA DAS NEVES SILVA	20/10/1987	14-Telefone 0912199412109514	15-Nome do titular do plano ADRIANO CARVALHO DA SILVA
-----------------------------------	------------	---------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço 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 Operadora / CNU / CPF 59441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CMES (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
-----------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---	--	--------------------------	-------------	--------------------------------	--	--------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Ciut	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	811000065				1	1,00					SAMARA
2-0	0	85100200				16	8,00					SAMARA
3-0	0	85100196				45	1,00					SAMARA
4-0	0	85100200				37	8,00					SAMARA
5-0	0	84000198					1,00					SAMARA
6-0	0	84000198					1,00					SAMARA
7-0	0	84000198					1,00					SAMARA
8-0	0	84000198					1,00					SAMARA
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1411,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ler e compreender o presente, assumo a responsabilidade por todos os procedimentos realizados, comprometendo-me a 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/10/12/10 Cirurgião A 114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/10/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/10/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa [Carimbo]
---	---	---	--

Samara das Neves Silva