

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

425824
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11/1/2/0	4-Data de Autorização 12/5/11/1/1/2/0	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081881	7-Data Validade da Semeta 12/1/1/0/2/1/2/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0/0/2/0/2/5/3/3/6/7/2/0/0/0/0/1/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
13-Nome INGRYD GUEDES DA SILVA	17/08/1987				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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	22-Número do Cartão Nacional de Saúde
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5/9/4/4/1/0/3/8/2/5/3	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CBO S 04	26-Data Validade da Carteira 12/1/1/0/2/1/2/1
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S 04	30-Data Validade da Carteira 12/1/1/0/2/1/2/1	31-Data Validade da Carteira 12/1/1/0/2/1/2/1
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	1	3 4 1 0 0		0	0 0		
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
11-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
12-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
13-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
14-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	8 8 1 0 0		0	0 0		
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1/1	44-Tipo do Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7 7 7 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 1 0 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.					
49-Operatório					

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/11/20	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/11/20	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/11/20	53-Data local e Carimbo da Empresa 1/1/1/1/1/1
---	---	---	---

Dra. Kelly Raimunda Mourao de Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Raimunda Mourao de Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Ingryd Guedes da Silva