

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 13/11/2010

4-Data de Autorização 10/3/11 11/2/10

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8015043

7-Data Validade da Sanha 12/9/10 11/2/11

409532
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Endereço da Carteira 000202511631600086802

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa BRITANIA COMPONENTES

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EMERSON JUNIOR DA SILVA SANTOS

26/11/2011

14-Telefone (92) 9425-5661

15-Nome do Titular do plano ANTONIA BARROSO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ

18-Número no CRO 4114

19-UF AM

20-Código CBO S 04

25-Código CHES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253
 22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

23-Número no CRO 4114

24-UF AM

25-Código CHES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante KELLY 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 Replido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8100065		1	1	34,00	0,00			03/11/2010		Antônio
2-0	0	8510020		1	1	8,00	0,00			03/11/2010		Antônio
3-0	0	8510019		1	1	6,00	0,00			06/11/2010		Antônio
4-0	0	8400090		1	1	7,00	0,00			06/11/2010		Antônio
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

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 Quantitativo US 1255,00
 47-Valor Total R\$ 10,00
 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 o 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/11 2010
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 2010
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11 2010
 53-Data, local e Cartão da Empresa

Dra. Kelly Mourão Aguiar
 Cirurgiã Dentista
 CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
 Cirurgiã Dentista
 CRO-AM 4114

Antônio Barroso da Silva