



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



441271
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/5/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/7/11 12/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8147491	7-Data Válida da Sentença 11/5/10 3/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10012025341171800000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome PRYSCLA LEITE DE SOUZA	28/05/1992	14-Telefones (912) 982660200	15-Nome do titular do plano PRYSCLA LEITE DE SOUZA
-----------------------------------	------------	---------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 594411038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114
28-UF AM	29-Código CBO S 025
30-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura
1-0	0	81000065			1	34	100					Fausila
2-0	0	85100196			1	61	100					Fausila
3-0	0	85100200			1	88	100					Fausila
4-0	0	85100196			1	61	100					Fausila
5-0	0	85100196			1	61	100					Fausila
6-0	0	85100196			1	61	100					Fausila
7-0	0	84000198			1	35	100					Fausila
8-0	0	84000198			1	35	100					Fausila
9-0	0	84000198			1	35	100					Fausila
10-0	0	84000198			1	35	100					Fausila
11-0	0	84000198			1	35	100					Fausila
12-0	0	84000198			1	35	100					Fausila
13-0	0	84000198			1	35	100					Fausila
14-0	0	84000198			1	35	100					Fausila
15-0	0	84000198			1	35	100					Fausila

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial		506,00	10,00

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(foram) 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 Conselho-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cambio da Empresa
11/11/11 12/12/10	11/11/11 12/12/10	11/11/11 12/12/10	

Dra. Kely Mourao Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kely Mourao Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Fausila Leite de Souza