

Procedimento Odontologia Manaus Energia / Credenciado

Os tratamentos odontológicos serão realizados de acordo com o processo descrito abaixo, devido às novas guias estabelecidas pela ANS.

A coloração das guias e os nomes utilizados são meramente para fins de exemplificação exemplificação

TRATAMENTO SEM PERÍCIA INICIAL E FINAL

1º Passo - Guia emitida pelo Profissional Dentista: **MODELO EM ANEXO PASSO 1º**

A Clínica e/ou o profissional deverão preencher, após o primeiro atendimento ao beneficiário, a Guia de Tratamento Odontológico nos campos 3, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 39, marcados de verde conforme ilustrado nas imagens abaixo.

Os campos 48 e 49 deverão ser assinados e carimbados pelo profissional no início do tratamento.

O beneficiário deverá assinar os campos 50 e 40, este último deverá ser assinado apenas na alínea em que conste o procedimento CONSULTA INICIAL.

O verso da guia, qual seja o Anexo Guia Tratamento Odontológico - Situação Inicial, não há necessidade de preenchimento neste momento.

Obs: Os campos 32 e 33 devem ser preenchidos de acordo com a Tabela de Domínio de odontologia do Manual Tiss que pode ser encontrado pelo link: <http://www.manausenergia.gov.br/saude>

	Clinica / Dentista
	Manaus Energia
	Beneficiário
	Pericia / Manaus Energia

2º Passo - Guia Registrada na Manaus Energia: **MODELO EM ANEXO PASSO 2º**

Na Manaus Energia o gestor deverá registrar o tratamento e preencher o campo 4 com a data do registro do tratamento na empresa e o campo 2 com o número da autorização gerada.

Caso o tratamento não necessite de Perícia Inicial e Final o campo 38 deverá ser preenchido com S - Autorizado ou N - Não autorizado pelo gestor na Manaus Energia.

O campo 51 deverá ser assinado pelo gestor para fins de autorização do tratamento.

No verso, campo 22 e 25, o gestor deverá indicar e assinar que o tratamento não possui Perícia Inicial e Final.

3º Passo - Tratamento Realizado pelo Profissional: **MODELO EM ANEXO PASSO 3º**

No término do tratamento o Profissional deverá preencher o campo 39 com as respectivas datas de realização dos procedimentos. No campo 41 deverá ser inserida a data do término do tratamento

O beneficiário deverá assinar no campo 40 em todos os procedimentos que foram realmente realizados.

No verso o beneficiário deverá assinar e datar o campo 24 para comprovação do término do tratamento.

4º Passo - Apresentação da Guia para Faturamento

Realizados os passos 1, 2 e 3 o profissional poderá então apresentar as guias para faturamento.

TRATAMENTO COM PERÍCIA INICIAL E/OU FINAL

1º Passo - Guia emitida pelo Profissional Dentista: **MODELO EM ANEXO PASSO 1º**

A Clínica e/ou o profissional deverão preencher, após o primeiro atendimento ao beneficiário, a Guia de Tratamento Odontológico nos campos 3, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 39.

Os campos 48 e 49 deverão ser assinados e carimbados pelo profissional no início do tratamento.

O beneficiário deverá assinar os campos 50 e 40, este último deverá ser assinado apenas na alínea em que conste o procedimento CONSULTA INICIAL.

O verso da guia, qual seja o Anexo Guia Tratamento Odontológico - Situação Inicial, o profissional deverá assinalar a Situação Inicial bem como os campos 20 e 21.

Obs: Os campos 32 e 33 devem ser preenchidos de acordo com a Tabela de Domínio de odontologia do Manual Tiss que pode ser encontrado pelo link: <http://www.manausenergia.gov.br/saude>

2º Passo - Guia Registrada na Manaus Energia: **MODELO EM ANEXO PASSO 2º**

Na Manaus Energia o gestor deverá registrar o tratamento e preencher o campo 4 com a data do registro do tratamento na empresa e o campo 2 com o número da autorização gerada.

3º Passo - Perícia Inicial: **MODELO EM ANEXO PASSO 3º**

O campo 38 deverá ser preenchido com S - Autorizado ou N - Não autorizado quando da realização a perícia inicial.

O campo 51 deverá ser assinado pelo perito para fins de autorização do tratamento.

No verso, campo 22, o gestor deverá carimbar e assinar, indicando que o tratamento fora autorizado e caso necessário realize a perícia final. Caso não necessite de perícia final o campo 25 deverá ser assinado pelo gestor da Manaus Energia.

4º Passo - Tratamento Realizado pelo Profissional: **MODELO EM ANEXO PASSO 4º**

No caso do tratamento possuir a indicação de Perícia Final o beneficiário deverá realizar a perícia pela Manaus Energia e estando tudo de acordo com o tratamento proposto o perito deverá indicar no campo 22 do verso da guia que o tratamento foi realizado, assinar e datar no campo 25.

O beneficiário deverá assinar no campo 40 em todos os procedimentos que foram realmente realizados e no verso o campo 24.

O Profissional deverá preencher o campo 39 com as respectivas datas de realização dos procedimentos. No campo 41 deverá ser inserida a data de término do tratamento.

5º Passo - Apresentação da Guia para Faturamento

Realizados todos os passos o profissional poderá então apresentar as guias para faturamento.

1 - Registro ANS 41.689-4	3 - Data de Emissão da Guia 14 / 03 / 09	4 - Data da Autorização / /	5 - Senha / /	6 - Data Validade da Senha / /	7 - Número da Guia Pr incipal 2- Nº
-------------------------------------	--	--------------------------------	------------------	-----------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 11 - 000012345 - 0000102	9 - Plano 1 - PPRS	10 - Empresa MANAUS ENERGIA	11 - Data Validade da Carteira 30 / 05 / 09	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13 - Nome KIARA MARIA SPIER		14 - Telefone / /		15 - Nome do titular do plano PAULO SPIER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante RAVI NORETO	17 - Número no CRC 1123	18 - UF AM	19 - Código CBOS
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 01123456000120	21 - Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA MANAUS		22 - Número no CRC 1412
23 - UF AM	24 - Código CNES		25 - Nome do Profissional Executante RAVI NORETO
26 - Número no CRC 1123	27 - UF AM	28 - Código CBOS	

29- Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32-Dente/Região	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade	US	36-Valor R\$	37-Franquia/Co-participação	38-Aut	39-Data Realização	40-Assinatura
1	9473010002	Consulta	AS/AI		01			35,25			14/03/09	Kmaspier
2	9473010057	Controle de placa	AS/AI		01			46,77				
3	9473010190	Orientação de higiene bucal	AS/AI		01			35,25				
4	9473010146	Tratamento de Gingivite	S1		01			28,00				
5	9473010146	Tratamento de Gingivite	S2		01			28,00				
6	9473010146	Tratamento de Gingivite	S3		01			28,00				
7	9473010146	Tratamento de Gingivite	S4		01			28,00				
8	9473010146	Tratamento de Gingivite	S5		01			28,00				
9	9473010146	Tratamento de Gingivite	S6		01			28,00				
10	9473010146	Tratamento de Gingivite	AS/AI		01			34,70				
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
41 - Data Término do Tratamento / /		42 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria		43-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial		44 - Total Quantidade US		45- Valor Total R\$ 237,95	46 - Total 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/foram 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato

47 - Observação

48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14 / 03 / 09 Rnoretto <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Dr. Ravi Noretto CRO 1123</div>	49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14 / 03 / 09 Rnoretto <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">Dr. Ravi Noretto CRO 1123</div>	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14 / 03 / 09 Kiara Maria Spier	51-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--



TRATAMENTO SEM PERICIA INICIAL E FINAL 2º PASSO - GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS 41.689-4	3 - Data de Emissão da Guia 14/03/09	2 - Data da Autorização 16/03/09	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Principal	2 - Nº 111234/08
------------------------------	---	-------------------------------------	-----------	----------------------------	------------------------------	------------------

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 11000123450000102	9 - Plano 1 - PPRS	10 - Empresa MANAUS ENERGIA	11 - Data Validade da Carteira 30/05/09	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Nome KIARA MARIA SPIER	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano KIARA MARIA SPIER
--------------------------------	---------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16 - Nome do Profissional Solicitante RAVI NORETO	17 - Número no CRC 1123	18 - UF AM	19 - Código CBOS	
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 01123456000120	21 - Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA MANAUS	22 - Número no CRC 1412	23 - UF AM	24 - Código CNES
25 - Nome do Profissional Executante RAVI NORETO	26 - Número no CRC 1123	27 - UF	28 - Código CBOS	

Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados				35-Quantidade	US	36-Valor R\$	37-Franquia/Co-participação	38-Aut	39-Data Realizada	40-Assinatura
29-Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32-Dente/Região	33-Face	34-Qtd					
1	9473010002	Consulta	AS/AI	0	1	3525		S	14/03/09	Kmaspier
2	9473010057	Controle de placa	AS/AI	0	1	4677		S	17/03/09	Kmaspier
3	9473010190	Orientação de higiene bucal	AS/AI	0	1	3525		S	17/03/09	Kmaspier
4	9473010146	Tratamento de Gingivite	S1	0	1	2800		S	17/03/09	Kmaspier
5	9473010146	Tratamento de Gingivite	S2	0	1	2800		S	17/03/09	Kmaspier
6	9473010146	Tratamento de Gingivite	S3	0	1	2800		S	17/03/09	Kmaspier
7	9473010146	Tratamento de Gingivite	S4	0	1	2800		S	17/03/09	Kmaspier
8	9473010146	Tratamento de Gingivite	S5	0	1	2800		S	17/03/09	Kmaspier
9	9473010146	Tratamento de Gingivite	S6	0	1	2800		S	17/03/09	Kmaspier
10	9473010146	Tratamento de Gingivite	AS/AI	0	1	3470		S	17/03/09	Kmaspie
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
41 - Data Término do Tratamento 17/03/09		42 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Autoria		43-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial		44 - Total Quantidade US	45- Valor Total R\$ 23795	46 - Total 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/foram 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 assinam esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato

47 - Observação

48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/03/09 Rnoret	49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/03/09 Rnoret	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/03/09 Kiara Maria Spier	51-Data, local e Carimbo da Empresa Assantos
--	--	---	---

Dr. Ravi Noretto
CRO 1123

Dr. Ravi Noretto
CRO 1123

Dr. Ademair Oliveira
CRO 301

1 - Registro ANS 41.689-4 3 - Data de Emissão da Guia 14/03/09 4 - Data da Autorização 16/03/09 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Principal 2 - Nº 111234/09

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 110000123450000102 9 - Plano 1 - PPRS 10 - Empresa MANAUS ENERGIA 11 - Data Validade da Carteira 30/05/09 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Nome KIARA MARIA SPIER 14 - Telefone 15 - Nome do titular do plano KIARA MARIA SPIER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante RAVI NORETO 17 - Número no CRO 1123 18 - UF AM 19 - Código CBOS

20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 01123456000120 21 - Nome do Contratado Executante CLÍNICA ODONTOLÓGICA MANAUS 22 - Número no CRO 1412 23 - UF AM 24 - Código CNES

25 - Nome do Profissional Executante RAVI NORETO 26 - Número no CRO 1123 27 - UF AM 28 - Código CBOS

29-Tabela	30- Código do Procedimento	31- Descrição	32-Dente/Região	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade	US	36-Valor R\$	37-Franquia/Co-participação	38-Aut	39-Data Realização	40-Assinatura
1	9473010002	Consulta	AS/Al		01			3,525		S	17/03/09	Kmaspier
2	9473010057	Controle de placa	AS/Al		01			4,677		S	17/03/09	Kmaspier
3	9473010190	Orientação de higiene bucal	AS/Al		01			3,525		S	17/03/09	Kmaspier
4	9473010146	Tratamento de Gingivite	S1		01			2,800		S	17/03/09	Kmaspier
5	9473010146	Tratamento de Gingivite	S2		01			2,800		S	17/03/09	Kmaspier
6	9473010146	Tratamento de Gingivite	S3		01			2,800		S	17/03/09	Kmaspier
7	9473010146	Tratamento de Gingivite	S4		01			2,800		S	17/03/09	Kmaspier
8	9473010146	Tratamento de Gingivite	S5		01			2,800		S	17/03/09	Kmaspier
9	9473010146	Tratamento de Gingivite	S6		01			2,800		S	17/03/09	Kmaspier
10	9473010146	Tratamento de Gingivite	AS/Al		01			3,470		S	17/03/09	Kmaspier
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
42 - Tipo de Atendimento		43-Tipo de Faturamento		44 - Total Quantidade US		45-Valor Total R\$		46 - Total Franquia / Co-participação R\$				
1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5- Auditoria		1 - Total 2- Parcial				2.379,5						

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 o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinam esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato

47 - Observação

48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 14/03/09, Rnoretto, Dr. Ravi Noretto CRO 1123

49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/03/09, Rnoretto, Dr. Ravi Noretto CRO 1123

50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 17/03/09, Kiara Maria Spier

51 - Data, local e Carimbo da Empresa: Asantos, Dr. Ademar Oliveira CRO 301

1 - Registro ANS

41.689-4

3 - Número da Guia Principal

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Plano

6 - Empresa

7 - Data Validade da Carteira

8 - Nome

9 - Telefone

10 - Nome do titular do plano

Dados do Contratado

11 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

12 - Nome do Contratado

13 - Número no CRC

14 - UF

15 - Código CNES

16 - Nome do Profissional

17 - Número no CRC

18 - UF

19 - Código CBO S

Situação Inicial

Situação inicial	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Permanentes																
Decíduos																
Decíduos																
Permanentes																
Situação inicial																

20 - Sinais clínicos de doença periodontal?
 Sim Não

21 - Alteração dos tecidos moles?
 Sim Não

SITUAÇÃO INICIAL:
 A - Ausente
 E - Extração Indicada
 H - Hígido
 C - Cariado
 R - Restaurado

22 - Observação

Tratamento auditado e autorizado
 Sem exame clínico inicial e final

23 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

24 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25 - Data, local e Carimbo da Empresa

1 - Registro ANS 41.689-4	3 - Data de Emissão da Guia 14 / 03 / 09	4 - Data da Autorização / /	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha / /	7 - Número da Guia Principal	2 - Nº
------------------------------	---	--------------------------------	-----------	-----------------------------------	------------------------------	--------

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 110000123450000102	9 - Plano 1 - PPRS	10 - Empresa MANAUS ENERGIA	11 - Data Validade da Carteira 30 / 05 / 09	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome KIARA MARIA SPIER		14 - Telefone -	15 - Nome do titular do plano KIARA MARIA SPIER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante RAVI NORETO	17 - Número no CRO 1123	18 - UF AM	19 - Código CBOS
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 01123456000120	21 - Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA MANAUS		22 - Número no CRO 1412
23 - UF AM	24 - Código CNES	25 - Nome do Profissional Executante RAVI NORETO	26 - Número no CRO 1123
		27 - UF 28 - Código CBOS	

Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados

29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Região	33 - Face	34 - Qtd	35 - Quantidade	US	36 - Valor R\$	37 - Franquia/Co-participação	38 - Aut	39 - Data Realização	40 - Assinatura
1	94	69010002			01			352,5			14/03/09	Kmaspier
2	94	68040257	17		01			619,5				
3	94	690200051	13	DPV	01			800,0				
4	94	690400028	25	MO	01			600,0				
5	94	690200043	42	V	01			400,0				
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
41 - Data Término do Tratamento / /		42 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria		43 - Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial		44 - Total Quantidade US		45 - Valor Total R\$ 2772,0	46 - Total 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/foram 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato

47 - Observação

48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14 / 03 / 09 Rnoretto <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Dr. Ravi Noretto CRO 1123</div>	49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14 / 03 / 09 Rnoretto <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">Dr. Ravi Noretto CRO 1123</div>	50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável / / / Kmaspier
		51 - Data, local e Carimbo da Empresa / / /



TRATAMENTO COM PERICIA INICIAL E/OU FINAL 2º PASSO - GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS 41.689-4	3 - Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 3 / 0 9	4 - Data da Autorização 1 6 / 0 3 / 0 9	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Principal	2 - Nº 112304/09
------------------------------	--	--	-----------	----------------------------	------------------------------	------------------

Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 1 1 - 0 0 0 0 1 2 3 4 5 - 0 0 0 0 1 0 2	9 - Plano 1 - PPRS	10 - Empresa MANAUS ENERGIA	11 - Data Validade da Carteira 3 0 / 0 5 / 0 9	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome KIARA MARIA SPIER		14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano KIARA MARIA SPIER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16 - Nome do Profissional Solicitante RAVI NORETO	17 - Número no CRO 1123	18 - UF AM	19 - Código CBOS	
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 1 1 2 3 4 5 6 0 0 0 1 2 0	21 - Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA MANAUS	22 - Número no CRO 1412	23 - UF AM	24 - Código CNES
25 - Nome do Profissional Executante RAVI NORETO		26 - Número no CRO 1123	27 - UF AM	28 - Código CBOS

Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados												
29-Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32-Dente/Região	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade	US	36-Valor R\$	37-Franquia/Co-participação	38-Aut	39-Data Realização	40-Assinatura
1	9 4	6 9 0 1 0 0 0 2			0 1			3 5 2 5		S	1 4 / 0 3 / 0 9	Kmaspier
2	9 4	6 8 0 4 0 2 5 7	17		0 1			6 1 9 5		S		
3	9 4	6 9 0 2 0 0 0 5 1	13	DPV	0 1			8 0 0 0		S		
4	9 4	6 9 0 4 0 0 0 2 8	25	MO	0 1			6 0 0 0		S		
5	9 4	6 9 0 2 0 0 0 4 3	42	V	0 1			4 0 0 0		S		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
41 - Data Término do Tratamento		42 - Tipo de Atendimento		43-Tipo de Faturamento		44 - Total Quantidade US		45- Valor Total R\$		46 - Total Franquia / Co-participação R\$		
		1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5- Auditoria		1 - Total 2 - Parcial				2 7 7 2 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/foram 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato

47 - Observação

48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1 4 / 0 3 / 0 9 Rnoretto Dr. Ravi Noretto CRO 1123	49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 4 / 0 3 / 0 9 Rnoretto Dr. Ravi Noretto CRO 1123	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Kmaspier Dr. Ademair Oliveira CRO 301	51-Data, local e Carimbo da Empresa Asantos
--	--	--	--

1 - Registro ANS 41.689-4	3 - Data de Emissão da Guia 14 / 03 / 09	4 - Data da Autorização 16 / 03 / 09	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Principal	2 - Nº 112304/09
------------------------------	---	---	-----------	----------------------------	------------------------------	------------------

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 11 - 000012345 - 0000102	9 - Plano 1 - PPRS	10 - Empresa MANAUS ENERGIA	11 - Data Validade da Carteira 30 / 05 / 09	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
13 - Nome KIARA MARIA SPIER		14 - Telefone		15 - Nome do titular do plano KIARA MARIA SPIER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 - Nome do Profissional Solicitante RAVI NORETO	17 - Número no CRO 1123	18 - UF AM	19 - Código CBOS
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 01123456000120	21 - Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA MANAUS		22 - Número no CRO 1412
23 - UF AM	24 - Código CNES	25 - Nome do Profissional Executante RAVI NORETO	26 - Número no CRO 1123
		27 - UF 28 - Código CBOS	

Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados/Procedimentos Executados

29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Região	33 - Face	34 - Qtd	35 - Quantidade	US	36 - Valor R\$	37 - Franquia/Co-participação	38 - Aut	39 - Data Realização	40 - Assinatura
1	94	69010002			01			3525		S	14 / 03 / 09	Kmaspier
2	94	68040257	17		01			6195		S		
3	94	690200051	13	DPV	01			8000		S		
4	94	690400028	25	MO	01			6000		S		
5	94	690200043	42	V	01			4000		S		
6-17	/											
41 - Data Término do Tratamento		42 - Tipo de Atendimento		43 - Tipo de Faturamento		44 - Total Quantidade US		45 - Valor Total R\$		46 - Total Franquia / Co-participação R\$		
		1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria		1 - Total 2 - Parcial				27720				

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 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato

47 - Observação

48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14 / 03 / 09 Rnoretto Dr. Ravi Noretto CRO 1123	49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14 / 03 / 09 Rnoretto Dr. Ravi Noretto CRO 1123	50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Kmaspier Dr. Ademair Oliveira CRO 301
---	---	--



TRATAMENTO REALIZADO PELO PROFISSIONAL 4º PASSO GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1 - Registro ANS 41.689-4	3 - Data de Emissão da Guia 14 / 03 / 09	4 - Data da Autorização 16 / 03 / 09	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Principal	2 - Nº 112304/09
------------------------------	---	---	-----------	----------------------------	------------------------------	------------------

Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 11 - 000012345 - 0000102	9 - Plano 1 - PPRS	10 - Empresa MANAUS ENERGIA	11 - Data Validade da Carteira 30 / 05 / 09	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome KIARA MARIA SPIER		14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano KIARA MARIA SPIER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16 - Nome do Profissional Solicitante RAVI NORETO	17 - Número no CRO 1123	18 - UF AM	19 - Código CBOS	
20 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 01123456000120	21 - Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLÓGICA MANAUS	22 - Número no CRO 1412	23 - UF AM	24 - Código CNES
25 - Nome do Profissional Executante RAVI NORETO	26 - Número no CRO 1123	27 - UF 28 - Código CBOS		

29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente/Região	33 - Face	34 - Qtd	35 - Quantidade	US	36 - Valor R\$	37 - Franquia/Co-participação	38 - Aut	39 - Data Realização	40 - Assinatura
1	94	69010002			01			3525		S	14/03/09	Kmaspier
2	94	68040257	17		01			6195		S	18/03/09	Kmaspier
3	94	690200051	13	DPV	01			8000		S	18/03/09	Kmaspier
4	94	690400028	25	MO	01			6000		S	18/03/09	Kmaspier
5	94	690200043	42	V	01			4000		S	18/03/09	Kmaspier
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
41 - Data Término do Tratamento 18 / 03 / 09		42 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria		43 - Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial		44 - Total Quantidade US		45 - Valor Total R\$ 27720		46 - Total 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/foram 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 arcar com os custos conforme previsto em contrato

47 - Observação			
-----------------	--	--	--

48 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14 / 03 / 09 Rnoretto Dr. Ravi Noretto CRO 1123	49 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14 / 03 / 09 Rnoretto Dr. Ravi Noretto CRO 1123	50 - Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18 / 03 / 09 Kmaspier Dr. Ademair Oliveira CRO 301	51 - Data, local e Carimbo da Empresa Asantos
---	---	--	--

1 - Registro ANS
41.689-4

3 - Número da Guia Principal

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira | 5 - Plano | 6 - Empresa | 7 - Data Validade da Carteira

8 - Nome | 9 - Telefone | 10 - Nome do titular do plano

Dados do Contratado

11 - Código na Operadora / CNPJ / CPF | 12 - Nome do Contratado | 13 - Número no CRO | 14 - UF | 15 - Código CNES

16 - Nome do Profissional | 17 - Número no CRO | 18 - UF | 19 - Código CBO S

Situação Inicial

Situação inicial	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Permanentes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Decíduos					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Decíduos					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Permanentes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

20 - Sinais clínicos de doença periodontal?
 Sim Não

21 - Alteração dos tecidos moles?
 Sim Não

SITUAÇÃO INICIAL:
A - Ausente
E - Extração Indicada
H - Hígido
C - Cariado
R - Restaurado

22 - Observação

Asentos

Tratamento auditado e autorizado
Sem exame clínico inicial e final

Dr. Ademar Oliveira
CRO 301

16/03/2009

Procedimento realizado

23 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

24 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

25 - Data, local e Carimbo da Empresa

___/___/___

___/___/___ Kmaspier

___/___/___

Asentos

Dr. Ademar Oliveira
CRO 301