

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



439771
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 12/12/11	4-Data de Autorização 11/16/11 12/12/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8140375	7-Data Validade da Santa 11/12/11 03/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0001202511027220011579021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número da Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MIRLENE CARVALHO DE SOUZA	29/1/1999	14-Telefone (19) 219 9166-914177	15-Nome do Titular do plano ADENILSON BATISTA NOBRE
--------------------------------------	-----------	-------------------------------------	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1594411038253111	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES 28-Código CBO S
---	--	--------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante KELY 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 Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	13,4	1,00	0	1	1	1	1
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6,1	1,00	0	1	1	1	1
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	6,1	1,00	0	1	1	1	1
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,1	1,00	0	1	1	1	1
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6,1	1,00	0	1	1	1	1
6-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	31	VI	1	8,8	1,00	0	1	1	1	1
7-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	6,1	1,00	0	1	1	1	1
8-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	6,1	1,00	0	1	1	1	1
9-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6,1	1,00	0	1	1	1	1
10-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5	1,00	0	1	1	1	1
11-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5	1,00	0	1	1	1	1
12-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5	1,00	0	1	1	1	1
13-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5	1,00	0	1	1	1	1
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1689,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-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 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11 12/11/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 12/11/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 12/11/11	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/11 11/11/11
---	---	---	---

Dra. Kelly M. Aguiar
 Cirurgiã Dentista
 CRO-AM 4114

Dra. Kelly M. Aguiar
 Cirurgiã Dentista
 CRO-AM 4114

Mirleene Carvalho de Souza