



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/12/11 11/2/01 4-Data de Autorização 10/3/11 11/2/01 5-Série AUTORIZADO 8015430 6-Número da Guia Principal 409644 7-Data Validada da Série 13/1/10 11/2/11 8-INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 10/02/02 5 11/02/72 2200026703 10-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome LEVI DA SILVA PORTELA

24/04/2015

14-Idade (021) 812113-1412120

11-Data Validada da Carteira 11/1/11 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

15-Arrendimento a R\$ N 17-Nome do Profissional Solidário CLINICA ORAL D - MATRIZ

18-Número no CRO 4114

19-UF AM

20-Código CBO S 04

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15914110381253

22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

23-Número no CRO 4114

24-UF AM

25-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-Dentes/Rigido	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Frangula/Co-participação R\$	39-Aut	40-Datas de Realização	41-Motivo de Cancelamento	42-Assinatura
1-000181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0	0,00		11/01/2011	20/02/2011	Antônio
2-000184000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	17,20	0	0,00		11/01/2011	20/02/2011	Antônio
3-000184000090												
4-000184000090												
5-000184000090												
6-000184000090												
7-000184000090												
8-000184000090												
9-000184000090												
10-000184000090												
11-000184000090												
12-000184000090												
13-000184000090												
14-000184000090												
15-000184000090												

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

46-Total Quantitativo US

47-Valor Total R\$

48-Total Frangula / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), (foram realizados) 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, comprovando-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Kelly Mourão Aguiar
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgia Dentista
CRO-AM 4114

x Antônio Elton Portela

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgia Dentista
CRO-AM 4114