


349732  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/08 4-Data de Autorização 03/10/08 5-Série Autorizado 7754299 6-Número da Guia Principal 7754299 7-Data Validade da Série 13/01/10 8-Data Validade da Guia 13/01/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025102722010141101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FRANCISCO DE CASTRO MARINHO 14-Telefone 26111985 15-Data Validade da Carteira 26/11/985 16-Telefone 991380447 17-Nome do titular de plano FRANCISCO DE CASTRO MARINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RV 19-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253 22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CMS 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-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Quil	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			14,00	0,00			03/06/20		
2	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1,00	0,00			03/06/20		
3	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1,00	0,00			03/06/20		
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
5	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
6	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
7	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
8	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
9	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
10	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
11	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
12	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
13	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
14	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		
15	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			16,00	0,00			03/06/20		

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 300,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 10/01/08/2020 Dra. Kelly Mourao Aguiar 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 10/01/08/2020 Dra. Kelly Mourao Aguiar 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/08/2020 Cirurgião Dentista 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



349736  
INTERCAMBIO

1-Registro AUS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/08/12/01	4-Data de Autorização 10/13/10/8/12/01	5-Será Autorizado	6-Número da Guia Principal 7754306	7-Data Validade da Guia 13/01/11/01/21/01
--------------------------	---	---	-------------------	---------------------------------------	--

8-Número do Contrato 10/02/02/52/8929100014202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade de Contrato 11/11/11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 898003805649799
---	--------------------------------	---------------------------------------	--	--

13-Nome WESLEY LUAN CALDEIRA LOPES	14-Telefone 20/04/2012	15-Nome do titular do plano LUCIANE BRASIL CALDEIRA
---------------------------------------	---------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CRO S 04	21-Código na Operadora / CNUJ / CPE 59/4/4103/82531111	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código ONES 25	26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CRO S 04	30-Franchisa / Co-participação RS 414 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---	--	--------------------------	-------------	----------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--

31-Data de Realização 28/11/08/12/01	32-Data de Realização 28/11/08/12/01	33-Data de Realização 28/11/08/12/01	34-Data de Realização 28/11/08/12/01	35-Data de Realização 28/11/08/12/01	36-Data de Realização 28/11/08/12/01	37-Data de Realização 28/11/08/12/01	38-Data de Realização 28/11/08/12/01	39-Data de Realização 28/11/08/12/01	40-Data de Realização 28/11/08/12/01	41-Data de Realização 28/11/08/12/01	42-Data de Realização 28/11/08/12/01	43-Data de Realização 28/11/08/12/01	44-Data de Realização 28/11/08/12/01	45-Data de Realização 28/11/08/12/01	46-Data de Realização 28/11/08/12/01	47-Data de Realização 28/11/08/12/01	48-Data de Realização 28/11/08/12/01	49-Data de Realização 28/11/08/12/01	50-Data de Realização 28/11/08/12/01	51-Data de Realização 28/11/08/12/01	52-Data de Realização 28/11/08/12/01	53-Data de Realização 28/11/08/12/01	54-Data de Realização 28/11/08/12/01	55-Data de Realização 28/11/08/12/01	56-Data de Realização 28/11/08/12/01	57-Data de Realização 28/11/08/12/01	58-Data de Realização 28/11/08/12/01	59-Data de Realização 28/11/08/12/01	60-Data de Realização 28/11/08/12/01	61-Data de Realização 28/11/08/12/01	62-Data de Realização 28/11/08/12/01	63-Data de Realização 28/11/08/12/01	64-Data de Realização 28/11/08/12/01	65-Data de Realização 28/11/08/12/01	66-Data de Realização 28/11/08/12/01	67-Data de Realização 28/11/08/12/01	68-Data de Realização 28/11/08/12/01	69-Data de Realização 28/11/08/12/01	70-Data de Realização 28/11/08/12/01	71-Data de Realização 28/11/08/12/01	72-Data de Realização 28/11/08/12/01	73-Data de Realização 28/11/08/12/01	74-Data de Realização 28/11/08/12/01	75-Data de Realização 28/11/08/12/01	76-Data de Realização 28/11/08/12/01	77-Data de Realização 28/11/08/12/01	78-Data de Realização 28/11/08/12/01	79-Data de Realização 28/11/08/12/01	80-Data de Realização 28/11/08/12/01	81-Data de Realização 28/11/08/12/01	82-Data de Realização 28/11/08/12/01	83-Data de Realização 28/11/08/12/01	84-Data de Realização 28/11/08/12/01	85-Data de Realização 28/11/08/12/01	86-Data de Realização 28/11/08/12/01	87-Data de Realização 28/11/08/12/01	88-Data de Realização 28/11/08/12/01	89-Data de Realização 28/11/08/12/01	90-Data de Realização 28/11/08/12/01	91-Data de Realização 28/11/08/12/01	92-Data de Realização 28/11/08/12/01	93-Data de Realização 28/11/08/12/01	94-Data de Realização 28/11/08/12/01	95-Data de Realização 28/11/08/12/01	96-Data de Realização 28/11/08/12/01	97-Data de Realização 28/11/08/12/01	98-Data de Realização 28/11/08/12/01	99-Data de Realização 28/11/08/12/01	100-Data de Realização 28/11/08/12/01
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

30-Taboela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0	0	8	1	0	0	0	6	5			
2	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
3	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
4	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
5	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
6	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
7	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
8	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
9	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
10	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
11	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
12	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
13	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
14	0	0	8	4	0	0	0	9	0			
15	0	0	8	4	0	0	0	9	0			

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fractamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total RS	48-Total Franchisa / Co-participação RS
11/11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totai 2-Parcial	167,00	10,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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, comprometendo-me e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Imagens analisadas

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 28/11/08/12/01 Dr. Kely Raimunda Mourao de Aguiar

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 28/11/08/12/01 Dr. Kely Raimunda Mourao de Aguiar

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 28/11/08/12/01

53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 28/11/08/12/01

54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 28/11/08/12/01

55-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 28/11/08/12/01