

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019	4-Data de Autorização 10/11/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923907	7-Data Validade da Sentença 12/09/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

387165
INTERCÂMBIO

8-Atendimento da Clínica 01012025110272200115511011	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 ROBERT WILLIAM OLIVEIRA DE CARVALHO	22/11/1992	14-Telefone (912) 91310-122918	15-Nome do titular do plano ROBERT WILLIAM OLIVEIRA DE CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Endereço do a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 594410382531	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
25-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114
28-UF AM	29-Código CBO S 04
30-UF AM	31-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00		15/11/2019		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

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(ram) 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
- Imagem analisada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2019 Dr. Robert William de Oliveira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 05/11/2019 Dr. Robert William de Oliveira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2019 Robert William de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	---