

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



414165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 11/210	4-Data de Autorização 10/09/11 11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032563	7-Data Validade da Senha 10/05/10 12/11
8-Endereço da Clínica 10/02/02 51027222001024021			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome CAMILLY ISABELA ABREU			23/05/2015	14-Telefone (012) 91818123-85910	15-Nome do titular do plano DAMIAO DE SOUZA MONTENEGRO
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15/9441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES	26-Código CBO S
28-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

20-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cliv	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	0810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	134,00	10,00	10,00	1	10/07/11	11/210	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
2-00	0830000819	EXODONTIA SIMPLES DE	72	1	1	73,00	10,00	10,00	1	10/07/11	11/210	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
3-00	0840000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	72,00	10,00	10,00	1	10/07/11	11/210	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Aliamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1179,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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(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 10/07/11 11/210 Dra. Kelly Mourão Aguiar CRO-AM 4114	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/11 11/210 Dra. Kelly Mourão Aguiar CRO-AM 4114	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/11 11/210 DAMIAO DE SOUZA MONTENEGRO	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	--