

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



407989
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/11 10/12/10	4-Data de Autorização 10/12/11 11/12/10	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8008614	7-Data Validade da Sentia 12/7/10 11/12/11
---------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 2 7 2 2 0 0 4 8 4 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARIA DE LOURDES ALVES DE CARVALHO	14-Idade (9,23) 18/19/31/15/89	15-Nome do Titular do plano MARIA DE LOURDES ALVES DE CARVALHO
---	-----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 5 9 4 4 1 0 3 8 2 5 3	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES	
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-Índice	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-Método da Classe	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	1	13 4 1,0 10			10 1,0 10		
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	1	6 1 1,0 10			10 1,0 10		
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
10-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
11-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
12-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
13-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
14-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		
15-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	1	3 5 1,0 10			10 1,0 10		

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 o 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.

43-Observação
Imagens analisadas

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-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantitativo US 12 3 5 1,0 10	47-Valor Total R\$ 10 1,0 10	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	---	---------------------------------	--

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/11 11/11/210120	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/11 11/11/210120	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/11 11/11/210120	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dra. Kely Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Empresa de Dentário A. de Carvalho

Dra. Kely Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114