



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

345542

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/107/12/0	4-Data de Autorização 011/08/2010	5-Série AUTORIZADO				
6-Número da Carteira 002025110272200155002	7-Data Validação da Senha 12/2/110/12/0						
8-Nome GUILHERME LEVY RABELO ANDRADE	9-Promo POS REDE PRESTADORA						
10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data / Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1						
12-Número do Cartão Nacional de Saúde N	13-Número do Profissional Soltitante CLINICA ORAL D - MATRIZ						
14-Atendimento a RN	15-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR						
16-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	17-Nome do Profissional Soltitante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR						
18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CEO S 04	21-Número na Operadora / CNP/ / CDF 15 9 4 4 1 0 3 8 2 5 3	22-Número no CRO 4114	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				

INTERCÂMBIO

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denra Região	34-Fase	35-Qtd	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 0 1 8 1 0 0 0 6 5 1	CONSULTA ODONTOLOGICA		1	1	1	1	1	3 4 ,0 0	1	1/1/10/10/2011	Amme
2-0 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA	64	0	1	1	6 1 ,0 0	1	10 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme
3-0 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA	84	0	1	1	6 1 ,0 0	1	10 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme
4-0 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA	61	V	1	1	6 1 ,0 0	1	10 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme
5-0 0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6 1	RESTAURAÇÃO RESINA	62	V	1	1	6 1 ,0 0	1	10 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme
6-0 0 0 1 8 4 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR		1	1	7 2 ,0 0	1	10 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	
7-1			1	1	1 ,0 0	1	1 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	
8-			1	1	1 ,0 0	1	1 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	
9-			1	1	1 ,0 0	1	1 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	
10-			1	1	1 ,0 0	1	1 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	
11-			1	1	1 ,0 0	1	1 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	
12-			1	1	1 ,0 0	1	1 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	
13-			1	1	1 ,0 0	1	1 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	
14-			1	1	1 ,0 0	1	1 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	
15-			1	1	1 ,0 0	1	1 ,0 0	1	1/1/10/01/2011	Amme	

43-Data Prensa/ Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otorrino 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 15 0 ,1 0 0
47-Valor Total 0 ,1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 ,0 0

Decidido, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propostos, 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 referido tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/10/2020 Dra. Kely Raimunda Mourao de Aguiar
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/10/2020 Dra. Kely Raimunda Mourao de Aguiar
52-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/10/2020 Dra. Kely Raimunda Mourao de Aguiar
53-Data local e Cartório da Empresa
CRO-AM 11/03/2020 Cirurgião-Dentista 03/10/2020

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propostos, 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 referido tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

