

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão de Guia 10/7/11 2/12/01	4-Data de Autorização 11/11/12/12/01	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8125031	7-Data Validade da Semeta 10/7/11 01/3/12/11
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

436312
INTERCÂMBIO

8-Data do Beneficiário 01/02/2012 5102722001463011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome OZEIAS MENDONCA RUIZ	14-Telefone (012) 91490-410115	15-Nome da Sítio de Plano OZEIAS MENDONCA RUIZ
---------------------------------	-----------------------------------	---

16-Atendimento a RN CLINICA ORAL D - MATRIZ	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	21-Data Validade da Semeta 025 - Faturar Empresa
--	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--

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										39-Franquia Co-participação R\$		39-Aut. 40-Data de Realização		41-Maturo da Classe 42-Assinatura	
30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Fr	39-Fr	40-Fr	41-Fr	42-Fr	43-Fr	44-Fr	45-Fr
1	00	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

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

43-Data Previsto 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\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/12/12/01 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12/12/01 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12/12/01 4114	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/12/12/01
--	--	--	---

Dra. Kelly Mourao de Aguiar
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourao de Aguiar
CRO-AM 4114

*Bela's Offensivos 2003