

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

645223
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3/10/8/12/11	4-Data de Autorização 11/2/10/8/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8892453	7-Data Validade da Senha 10/1/11/1/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1/12/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	-------------------------------------	--	---	--	---------------------------------------	--

13-Nome GABRIEL LEVY DE LIMA SILVEIRA		14-Telefone (11) 9121 94456-1311811		15-Nome do titular do plano RODRIGO DE ANDRADE SILVEIRA	
--	--	--	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE	18-Número no CRO 4602	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1001118121212511	22-Nome do Contratado Executante KAIO AZEDO LEITE	23-Número no CRO 4602	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KAIO AZEDO LEITE	27-Número no CRO 4602	28-UF AM	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Fábula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa 42-Assinatura
1-10	018110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	0	11/2/10/8/12/11	KAIO AZEDO LEITE
2-10	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0	11/2/10/8/12/11	KAIO AZEDO LEITE
3-10	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0	11/2/10/8/12/11	KAIO AZEDO LEITE
4-10	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0	11/2/10/8/12/11	KAIO AZEDO LEITE
5-10	01840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0	11/2/10/8/12/11	KAIO AZEDO LEITE
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/2/10/8/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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(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 de Cirurgião-Dentista 11/2/10/8/12/11 Dr. Kaio Azedo Leite Cirurgião-Dentista CRO/AM 4602	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 11/2/10/8/12/11 Dr. Kaio Azedo Leite Cirurgião-Dentista CRO/AM 4602	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 11/2/10/8/12/11 KAIO AZEDO LEITE	53-Data, local e Assinatura de Empresa 11/2/10/8/12/11
---	---	---	---