

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
12/2/09/204-Data de Autorização
12/8/09/205-Sentença
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
78977617-Data Validade da Sentença
12/1/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025102722001143019-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
PHILCO ELETRONICOS SA11-Data Validade da Carteira
12/1/12/20

12-Número do Cartão Nacional do Saúde

381336
INTERCÂMBIO13-Nome
ANTONIEL MACIEL CHAGAS

25/03/1984

15-Nome do Titular do plano
ANTONIEL MACIEL CHAGAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CLÍNICA ORAL D - MATRIZ22-Nome do Contratado Executante
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR18-Número no CRO
411419-UF
AM20-Código CBO S
04025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200
(1) 85100226
(1) 8510022025-Nome do Profissional Executante
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR27-Número no CRO
411428-UF
AM

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Clat	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		134,00						Antoniel
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O		61,00						Antoniel
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P		61,00						Antoniel
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V		61,00						Antoniel
5-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OV		88,00						Antoniel
6-00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	35	ODLV		122,00						Antoniel
7-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MV		88,00						Antoniel
8-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O		61,00						Antoniel
9-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O		61,00						Antoniel
10-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Antoniel
11-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Antoniel
12-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Antoniel
13-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Antoniel
14-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Antoniel
15-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00						Antoniel

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
781,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Totál 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) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/8/09/2051-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/8/09/2052-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/8/09/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Kelly M. Aguiar
R. 4114
CRO 4114Dra. Kelly M. Aguiar
R. 4114

Antoniel M. Aguiar