



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 3/01/10 4-Data de Autorização 10/2/11 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8014295 7-Data Validade da Santa 12/8/11 8-Data Validade da Guia 12/11/21

409305
INTERCÂMBIO

Declaro do Beneficiário

8-Número da Carteira

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira

12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JULIA LETICIA DOS SANTOS DA SILVA

31/10/2013

14-Telefone (19) 21 9 4 0 0 1 4 8 2 6

15-Nome do titular do plano JOSE ANTONIO FONSECA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ

18-Número no CRO 4114

19-UF AM

20-Código CBO S 04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15 9 4 1 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 025 -

26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

27-Número no CRO 4114

28-UF AM

29-Código CBO S

30-UF AM

31-UF AM

32-UF AM

33-UF AM

34-UF AM

35-UF AM

36-UF AM

37-UF AM

38-UF AM

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente Relevo

34-Face

35-Dist

36-Quantidade US

37-Autor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Guia 42-Atendimento

1-0 0 8 4 0 0 0 0 9 0 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

2-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5 CONSULTA ODONTOLÓGICA

3-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

4-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

5-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

6-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

7-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

8-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

9-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

10-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

11-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

12-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

13-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

14-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

15-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

16-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

17-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

18-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

19-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

20-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

21-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

22-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

23-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

24-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

25-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

26-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

27-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

28-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

29-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

30-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecida sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme e sem apresentá-los, 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.

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantitativo US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia/Co-participação R\$

49-Total Franquia/Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 10/3/11 11/11/20

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/3/11 11/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/3/11 11/11/20

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/3/11 11/11/20

Dra. Kelly Mourão Aguiar
CRO-AM 4114Dra. Kelly Mourão Aguiar
CRO-AM 4114Dra. Kelly Mourão Aguiar
CRO-AM 4114