



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



417803
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/11 11/2/10	4-Data de Autorização 11/4/11 11/2/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8047993	7-Data Validade da Sentença 11/01/10 12/12/11
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025102722001523011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome FABIO FERREIRA EVANGELISTA	15/04/1977	14-Telefone (012) 88718-210604	15-Nome do Titular do plano FABIO FERREIRA EVANGELISTA
---------------------------------------	------------	-----------------------------------	---

Dados do Contratado: Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253	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

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clif	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00	0,00			11/4/11	11/2/10	Fabio
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento												44-Tipo de Aliamento
												1-Tratamento Odontológico
												2-Exame Radiológico
												3-Ortodontia
												4-Urgência Emergência
												45-Tipo de Faturamento
												1-Total
												2-Parcial
												46-Total Quantidade US
												61,00
												47-Valor Total R\$
												0,00
												48-Total Franquia / Co-participação R\$

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(ram) 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/4/11 11/2/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/4/11 11/2/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/4/11 11/2/10	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
--	--	--	--

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

FABIO FERREIRA EVANGELISTA