



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 01/2101	4-Data de Autorização 13/01/11 01/2101	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7897991	7-Data Validade da Sentença 12/04/11 01/2101
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025102722001543011	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 PEDRO RUAN FARIAS DE MACEDO	14-Telefone (012) 11111111	15-Nome do Titular do plano PEDRO RUAN FARIAS DE MACEDO
--	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1594410382531	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CBO S 04
--	--	--------------------------	-------------	-----------------------

26-Nome do Profissional Executante
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	851002010										
		RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00			15/03/10 11:20		Pedro
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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(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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/10 11:20 Dra. Kelly Mourão Aguiar CRO-AM 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/10 11:20 Dra. Kelly Mourão Aguiar CRO-AM 4114	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/10 11:20 Pedro Ruan Farias de Macedo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---