

2-N

404109
INTERCÀMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	000202510272200141601
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	PHILCO ELETRONICOS SA
11-Dia Validade da Carteira	11/11/11
12-Número do Cartão	

13-Nome MARCOS JOSE CORDEIRO DA CRUZ	10/07/1989	14-Teléfono 95316333	15-Nome do titular do plano MARCOS JOSE CORDEIRO DA CRUZ
---	------------	-------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-JF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faltou Empossa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	-------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	59441038253
22-Nome do Contratado / Exatante	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
23-Número no CRO	4114
24-JF	AM
25-Código CNIS	

28-Código CBO S	28-UF AM	27-Número no CRO 4114	26-NOME DO PROFISSIONAL EXERCITANTE KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
-----------------	-------------	--------------------------	---

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Ítabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Região	34-Faixa	35-Clid	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franquia Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 1 6 5			1	3 4 1 0 0		0 1 0 0 0	S	21/10/2020		Wlms
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0		0 1 0 0 0	S	20/10/2020		Wlms
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0		0 1 0 0 0	S	20/10/2020		Wlms
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0		0 1 0 0 0	S	20/10/2020		Wlms
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	6 1 1 0 0		0 1 0 0 0	S	20/10/2020		Wlms
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0		0 1 0 0 0	S	20/10/2020		Wlms
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0		0 1 0 0 0	S	21/10/2020		Wlms
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0		0 1 0 0 0	S	21/10/2020		Wlms
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0		0 1 0 0 0	S	21/10/2020		Wlms
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Previsto Término do Tratamento	
44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Criodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Filtratamento	☐ 1-total 2-parcial
46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$	
48-Total Franquia - Co-participação R\$	

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observaço

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/11/2012
Maurício Aguiar
Pereira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/2012
Maurício Aguiar
Pereira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/2012
Maurício Aguiar
Pereira

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

União-Dentista São Paulo
Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 414

Explain how to combine the two