

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/09/2010 4-Data de Autorização 12/3/10/2010 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7875643 7-Data Validade da Sentença 15/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Atividade da Carteira 0002025102722000510004 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MESSIAS LEVY BATISTA DE ALMEIDA 14-Telefone 2191918110 2532 15-Nome do titular do plano NOELIA PEDROSA BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253 22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 27-Número no CRO 4114 28-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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				11/01/2012		Messias
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00				11/01/2012		Messias
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00				11/01/2012		Messias
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	61,00				11/01/2012		Messias
5-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00				11/01/2012		Messias
6-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00				11/01/2012		Messias
7-00	08400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00				11/01/2012		Messias
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme facím apresentamos, 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação: Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/2012 Dr. Kelly Raimunda Mourao de Aguiar CRO-MG 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2012 Dr. Kelly Raimunda Mourao de Aguiar CRO-MG 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2012 Manoel Rodrigues Batista de Almeida 53-Data, local e Cartão da Empresa