

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



380318
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2019 4-Data de Autorização 12/11/2019 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7891283 7-Data Validade da Semina 12/01/2020

8-Número da Carteira 00020251027220011195011 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validade da Carteira 12/11/2020 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome HUGO NAPOLEAO DA SILVA AGUIAR 13/03/1993 14-Telefone 9129925913121 15-Nome do titular do plano HUGO NAPOLEAO DA SILVA AGUIAR

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253 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 27-Número no CRO 4114 28-UF AM 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura
1-0	0	81001065			1	1	34,00					Hugo
2-0	0	85100196			1	1	16,00					Hugo
3-0	0	85100196			1	1	16,00					Hugo
4-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
5-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
6-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
7-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
8-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
9-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
10-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
11-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
12-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
13-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
14-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo
15-0	0	85300047			1	1	36,00					Hugo

43-Data Provisória Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 300,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Totál 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) acima e programado(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 de Cirurgião-Dentista 12/11/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2019 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2019 53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/2019

Dra. Kely Raimunda Mourao de Aguiar Cirurgião-Dentista CRO-AM 4114 Hugo Napoleao da Silva Aguiar.