



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/4/11/20	4-Data de Autorização 10/6/11/20	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8020933	7-Data (Validade da Serina 10/2/10/2/21
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	00202510272200141803
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	PHILCO ELETRONICOS SA
11-Data Válida da Carteira	/ /
12-Número do Cartão N	

13-NOME	13-NOME DO TITULAR DO PASSO
JESSICA ARAUJO DE OLIVEIRA	JAIRISON BARBOSA DA SILVA
07/10/1994	
14-LEBANTO	
(9125)	
53270131133	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Numero no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------------	--------------------	------------------------------	---------------------------------

21-Código na Destinação / CNPJ / CPF	5	9	4	4	1	0	3	8	2	5	3								
22-Nome do Contratado Executante	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR																		
23-Número no CRC	4114																		
24-UF	AM																		
25-Código CIES																			
26-Nome do Profissional Executante	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR																		
27-Número no CRC	4114																		
28-UF	AM																		
29-Código CBO S																			

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Duração Registo	34. Faixa	35. Quid	36. Quantidade R\$	37. Valor	38. Faixa/Co-participação R\$	39. Anl.	40. Data de Realização	41. Motivo da Class. 42. Assinatura
------------	----------------------------	---------------	---------------------	-----------	----------	--------------------	-----------	-------------------------------	----------	------------------------	-------------------------------------

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Coparticipação R\$
11/11/11	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	601,00	0,00	

Declaro, que abaixo 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, a por mim assistido(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-Observação

Imagens analisadas.

Dra. Kely Mourão Aguiar
 Cirurgiã Dentista
 CRO-AM 4774

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 13/11/2013

Dra. Kely Mourão Aguiar
 Cirurgiã Dentista
 CRO-AM 4774

XTônica Cerejo da Oliveira