

1- Titulo ANS 400414	3-Data de Emissao da Guia 13/01/10 11 21 0	4-Data de Autorizacao 10/3/11 11 21 0	5-Sentia AUTORIZADO	6-Ministro da Guia Principal 8014716	7-Data Validade da Sentia 12/8/01 11 21 1
-------------------------	---	--	------------------------	---	--

10-Empresa	PILCO ELETRONICOS SA
11-Data Validação da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
9-Piloto	POS REDE PRESTADORA
Ratificação da Carteira	0 0 2 0 2 5 1 0 2 7 2 2 0 0 1 5 0 6 0 1

13-Name ERICO DE SOUZA NEVES	12/02/1985	14-Telephone (19121) 9191216-91413122	15-Name do titular do plano ERICO DE SOUZA NEVES
---------------------------------	------------	--	---

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
21-Código na Operadora CNPJ / CPF 5 9 4 4 1 1 0 3 8 2 5 3	22-Nome do Contratado Exercentista KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
23-Número no CRO 4114	24-UF AM
25-Código CBO S 04	26-Código CBO S 025 -
27-Número no CRO 4114	28-UF AM
29-Código CBO S (I) 85100200	30-Código CBO S (I) 85100200
Faturar Empresa Enviar - RX	

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 Glosa	42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	0	6	5			
		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0			
		RESTAURAÇÃO RESINA	13	VI	1		8	8	10			
3-1	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1		6	1	10			
4-1	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1		6	1	10			
5-1	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1		6	1	10			
6-1	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1		6	1	10			
7-1	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
		RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1		6	1	10			
8-1	0	0	8	5	1	0	0	2	0			
		RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1		8	8	10			
9-1	0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1		3	5	10			
10-1	0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1		3	5	10			
11-1	0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1		3	5	10			
12-1	0	0	8	4	0	0	0	1	9	8		
		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1		3	5	10			
13-1	0	0										
14-1	0	0										
15-1	0	0										

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

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 acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (toleram 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 no contrato.

49-Observeção

Dr. Aguiar

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	07/11/2011
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	07/11/2011
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	07/11/2011
53-Dia, local e Carimbo da Empresa	07/11/2011

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 41114

Kelly M. Quirós Aguiar
 Dentist
 CRO-AM 4114
 Cirurgião

Ono de Souza malin