

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/2012 4-Data de Autorização 15/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8136873 7-Data Validade da Senha 10/10/2013

438929
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202510272200146302

9-Primo POS REDE PRESTADORA

10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSUE FRANCISCO BARROS RUIZ

09/10/2012

14-Telefone (912) 91490-4151

15-Nome do Titular do plano OZEIAS MENDONÇA RUIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ

18-Número no CRO 4114

19-UF AM

20-Código CBO S 04

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253

22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

23-Número no CRO 4114

24-UF AM

25-Código CMES

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-Clín	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0	0,00		15/11/2012		
2-00	8400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0	0,00		15/11/2012		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
15/11/2012	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	106,00	10,00								

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) descrito(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.

49-Observação

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Ozeias Mendonça Ruiz

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa