

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012

4-Data de Autorização 09/12/2012

5-Sentença AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8077350

7-Data Validade da Sentença 19/10/2011

424632
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202510272200165502

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CASSIA QUEIROZ BARROSO

04/04/1998

14-Telefone (021) 9 9995-1215

15-Nome do titular do plano PAULO MATEUS MACHADO RAMOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

18-Número no CRO 4114

19-UF AM

20-Código CBO S 04

225 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15191410382513

22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

23-Número no CRO 4114

24-UF AM

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante KELY 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-Clínica	36-Quantidade US	37-Válvula	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0					
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0					
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0					
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0					
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0					
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 Quantitativo US	47-Válvula Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência Emergência	1-Total	2-Parcial	1174,00	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) acima, e por mim assinado(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 do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

Dra. Kelly Machado Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Machado Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Passia Queiroz Barroso