

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/5/11 11/2/0	4-Data de Autorização 12/6/11 11/2/0	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8088559	7-Data Validade da Sentia 12/3/10 2/12/11
-----------------------	--	--------------------------------------	---------------------	------------------------------------	---

427469
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1002102511027221001150303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

13-Nome YSABELLY VITORIA DE A MONTEIRO	14-Teléfono (012) 9999-3889	15-Nome do Titular do plano VANDERSSON DA COSTA MONTEIRO
--	-----------------------------	--

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	21-Código na Operadora / CNP / CPF 159441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CIES	26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa 025 -
---------------------	---	-----------------------	----------	--------------------	---	---	-----------------------	----------	----------------	---	-----------------------	----------	-----------------	--------------------------

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 Causa	42- Assinatura
1-0	0	83000089				71						
2-0	0	83000089				81						
3-0	0	83000089										
4-0	0	83000089										
5-0	0	83000089										
6-0	0	83000089										
7-0	0	83000089										
8-0	0	83000089										
9-0	0	83000089										
10-0	0	83000089										
11-0	0	83000089										
12-0	0	83000089										
13-0	0	83000089										
14-0	0	83000089										
15-0	0	83000089										

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Escane Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 1146100	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	--	----------------------------------	--------------------------	---

49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confiro 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 12/6/11 11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/11 11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/11 11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dra. Kelly Mourão Aguiar
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
CRO-AM 4114

Josémar Alves da Albuquerque