



27014153022-1202-0000

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



345521  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/10 17:12:01	4-Data de Autorização 10/08/10 18:12:01	5-Senha CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 7734923	7-Data Validade da Guia 12/11/10 12:01
8-Número da Carteira 10/02/10 12:51:10 12/12/10 07:16:40 13			9-Data 14/09/2011		
13-Nome VICTOR KALEB NAPOLEAO CAEXCHA			10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		
15-Atendimento a RM N			11-Data Validade da Carteira 12/11/10 12:01		
17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 345521		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1594411038253			18-Número no CRO 4114		
22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR			19-UF AM		
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR			20-Código CBO S 04		
27-Número no CRO 4114			24-UF AM		
28-Código CBO S 4114			25-Código CIES 025 - Faturar Empresa		
30-Tabuada					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição					
33-Dente/Região					
34-Face					
35-Ord					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Oclusão					
42-Assinatura					
43-Valor Total R\$					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
48-Tipo de Faturamento					
49-Tipo de Faturamento					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					
100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável					

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

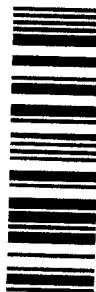
98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



354950  
INTERCAMBIO

2-Registro ANS 406414 3-Dado de Emissão da Guia 11/11/08 4-Data de Autorização 14/11/08 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 778742 7-Data Validade da Sentença 10/09/11 8-Número da Carteira 10012025116316000042022 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome NATA DA SILVA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16/05/2008

14-Idade 29 15-Data Validade do plano 10/09/11 16-Data Validade do plano 10/09/11

17-Nome do titular do plano HILDETE DA SILVA LEITE

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

21-Código de Operadora / CNPJ / CPE 59441038253 22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - 21-UF AM 22-UF AM 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CBO S 4114 26-Código CBO S 27-UF AM 28-UF AM 29-Código CBO S 30-UF AM 31-UF AM 32-UF AM 33-UF AM 34-UF AM 35-UF AM 36-UF AM 37-UF AM 38-UF AM 39-UF AM 40-UF AM 41-UF AM 42-UF AM 43-UF AM 44-UF AM 45-UF AM 46-UF AM 47-UF AM 48-UF AM 49-UF AM 50-UF AM 51-UF AM 52-UF AM 53-UF AM 54-UF AM 55-UF AM 56-UF AM 57-UF AM 58-UF AM 59-UF AM 60-UF AM 61-UF AM 62-UF AM 63-UF AM 64-UF AM 65-UF AM 66-UF AM 67-UF AM 68-UF AM 69-UF AM 70-UF AM 71-UF AM 72-UF AM 73-UF AM 74-UF AM 75-UF AM 76-UF AM 77-UF AM 78-UF AM 79-UF AM 80-UF AM 81-UF AM 82-UF AM 83-UF AM 84-UF AM 85-UF AM 86-UF AM 87-UF AM 88-UF AM 89-UF AM 90-UF AM 91-UF AM 92-UF AM 93-UF AM 94-UF AM 95-UF AM 96-UF AM 97-UF AM 98-UF AM 99-UF AM 100-UF AM

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moito de Gesso	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5										
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Úrgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1156,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 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.

48-Observação

Assinatura Local e Assinatura do Profissional Assistente: Kely Mourao Aguiar  
Assinatura Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: Kely Mourao Aguiar  
Assinatura Local e Assinatura da Empresa: Kely Mourao Aguiar

Assinatura Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: Kely Mourao Aguiar  
Assinatura Local e Assinatura da Empresa: Kely Mourao Aguiar