



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



372627
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2019	4-Data de Autorização 15/09/2019	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7858580	7-Data Validade da Seria 10/08/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Alterno da Carteira 0002025101272200636011	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ELIAS MACEDO VELOSO	03/01/1982	14-Telefone (96) 9913-02735	15-Nome do titular do plano ELIAS MACEDO VELOSO
--------------------------------	------------	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA 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 59441038253	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
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Quid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4,10,10	10,10,10			12/11/2020	ELIAS	
2-00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	6,1,10,10	10,10,10			15/11/2020	ELIAS	
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6,1,10,10	10,10,10			15/11/2020	ELIAS	
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,6,10,10	10,10,10			15/11/2020	ELIAS	
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,6,10,10	10,10,10			15/11/2020	ELIAS	
6-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,6,10,10	10,10,10			15/11/2020	ELIAS	
7-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,6,10,10	10,10,10			15/11/2020	ELIAS	
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3,00,10,10	47-Valor Total R\$ 0,10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,10,10
--	--	---	--------------------------------------	-------------------------------	--

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 pagar com os valores conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2020 Dia: KELY MOURAO AGUIAR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2020 Dia: KELY MOURAO AGUIAR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2020	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	---	--