



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/11/2012 4-Data de Autorização 19/11/2012 5-Ser: te AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8155715 7-Data Validação da Guia 17/10/2012 443424 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome de Criança 00202025102722000880021 9-Idade 15/09/2014 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validação da Criança 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PIETRA CASTRO SILVA

Dados do Profissional Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solidário CLÍNICA ORAL D - MATRIZ 18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código de Operações / CBO / CPE 591441038253 22-Nome do Contratado Excluído KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Excluído KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 27-Número no CRO 4114 28-UF AM 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Taxa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Medico de Classe	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		18/11/2012		Levy
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	0	1	61,00		0,00		19/11/2012		Levy
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	0	1	61,00		0,00		19/11/2012		Levy
4-00	8400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00		0,00		19/11/2012		Levy
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 228,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00

49-Observação

Declaração, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, meios, 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(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, comprovando-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Kely Mourão Aguiar
CRO-AM 4114

Dra. Kely Mourão Aguiar
CRO-AM 4114

Levy Soriano de Castro