

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 02/11/2010 4-Data de Autodigitação 03/11/2010 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8015429 7-Data Validade da Santa 31/01/2011 409643 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202510272200026704 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA JOSE DA SILVA PORTELA

14-Idade 18/02/1972 15-Nome do Titular do plano ANTONIO ELIOLTON PORTELA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e 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 / CNPJ / CPF 59441038253 22-Nome do Contratado Executante KELLY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante KELLY 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- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	me fev
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	me fev
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	me fev
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	me fev
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	me fev
6	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	me fev
7	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	me fev
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Prodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 323,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Totál Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) assinalado(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 Contratado Responsável 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

me fev ida Silva Roubina