



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 11/210	4-Data de Autorização 10/21/11 12/1210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8103185	7-Data Validade da Senha 12/81/10 12/1211
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 000200251027212000492021	9-Plano 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 ALESSANDRA MARIA DOS SANTOS COSTA	12/02/1981	14-Telefone (912) 99393-6560	15-Nome do titular do plano MARIVALDO PINTO DOS SANTOS
--	------------	---------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 159441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES	
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-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	134,00	0,00			11/21/20		Alessandra
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	61,00	0,00			11/21/20		Alessandra
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	61,00	0,00			11/21/20		Alessandra
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			11/21/20		Alessandra
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			11/21/20		Alessandra
6-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			11/21/20		Alessandra
7-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			11/21/20		Alessandra
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/21/11 12/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/21/11 12/12/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/21/11 12/12/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM A114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM A114

Alessandra Maria dos S. Costa