

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/11 11/2/01	4-Data de AutORIZAÇÃO 11/7/11 11/2/01	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8032561	7-Data Validade da Série 10/5/10 12/2/11
---------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

414161
INTERCÂMBIO

8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome CLAUSIDETE ABREU CARDOSO	30/03/1988	14-Identificação 94446-318210	15-Nome do titular do plano DAMIAO DE SOUZA MONTENEGRO
-------------------------------------	------------	----------------------------------	---

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
--

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 1594411038253	22-Nome do Contratado Especialista KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
--	--

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente-Figado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-V-Mor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5				3 4 1 0 0		0 0 0 0		11/11/11 11/20		Klausidete
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6				6 1 1 0 0		0 0 0 0		11/11/11 11/20		Klausidete
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6				6 1 1 0 0		0 0 0 0		11/11/11 11/20		Klausidete
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6 1 0 0		0 0 0 0		11/11/11 11/20		Klausidete
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6 1 0 0		0 0 0 0		11/11/11 11/20		Klausidete
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6 1 0 0		0 0 0 0		11/11/11 11/20		Klausidete
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7				3 6 1 0 0		0 0 0 0		11/11/11 11/20		Klausidete
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dr. Kely Mourao Aguiar
CRO-AM 114

Dr. Kely Mourao Aguiar
CRO-AM 114

Dr. Klausidete Abreu Cardoso