

# Odontolife

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



|                          |                                             |                                         |                       |                                       |                                           |                       |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão do Guia<br>10/7/11 11/210 | 4-Data de Autorização<br>11/7/11 11/210 | 5-Série<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8032558 | 7-Data Validade da Série<br>10/5/10 12/11 | 414160<br>INTERCÂMBIO |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|

|                                                                              |                                |                                    |                                          |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Endereço do Beneficiário<br>Rua do Comércio, 100 - Centro - São Paulo - SP | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>PILCO ELETRONICOS SA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                       |                        |                                          |                                                           |
|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>DAMIAO DE SOUZA MONTENEGRO | 14-Idade<br>22/01/1979 | 15-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 16-Nome do titular do plano<br>DAMIAO DE SOUZA MONTENEGRO |
|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

|                                                                    |                                                                  |                          |                 |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|
| 17-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA ORAL D - MATRIZ   | 18-Número no CRO<br>4114 | 19-UF<br>AM     | 20-Código CBO S<br>04 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código de Operadora / CNPJ / CPF<br>1594411038253               | 22-Nome do Contratado Exatante<br>KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR | 23-Número no CRO<br>4114 | 24-UF<br>AM     | 25-Código OMS         |                          |
| 26-Nome do Profissional Exatante<br>KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR | 27-Número no CRO<br>4114                                         | 28-UF<br>AM              | 29-Código CBO S |                       |                          |

| 30-Telefone | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Figado | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo de Causa | 42-Assinatura |
|-------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00        | 81000065                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 07/11/20              |                    | DAMIAO        |
| 2-00        | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | 15              | M       | 1      | 16,10            | 0,00     |                                 | S      | 07/11/20              |                    | DAMIAO        |
| 3-00        | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | 34              | V       | 1      | 16,10            | 0,00     |                                 | S      | 07/11/20              |                    | DAMIAO        |
| 4-00        | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA      | 44              | O       | 1      | 16,10            | 0,00     |                                 | S      | 07/11/20              |                    | DAMIAO        |
| 5-00        | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 13,60            | 0,00     |                                 | S      | 07/11/20              |                    | DAMIAO        |
| 6-00        | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 13,60            | 0,00     |                                 | S      | 07/11/20              |                    | DAMIAO        |
| 7-00        | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 13,60            | 0,00     |                                 | S      | 07/11/20              |                    | DAMIAO        |
| 8-00        | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 13,60            | 0,00     |                                 | S      | 07/11/20              |                    | DAMIAO        |
| 9-00        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-00       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-00       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-00       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-00       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-00       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-00       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                        |                             |                        |                        |                       |                                         |
|----------------------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo do Atendimento      | 45-Tipo do Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$    | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|                                        | 1-1-Tratamento Odontológico | 2-Emissão Radiológico  | 3-Corante              | 4-Exatante Emergência |                                         |
|                                        |                             |                        | 1-1-Total 2-Francia    |                       |                                         |
|                                        |                             |                        |                        | 36,10                 | 0,00                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 49-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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                              |                                                                  |                                                                          |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>08/11/11 20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/11/11 20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/11/11 20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR  
CRO-AM 4114

x Assinatura de SOUZA MONTENEGRO