



2-N



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/11/20	4-Data de Autorização 12/8/11/20	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8090850	7-Data Validade da Semina 12/3/10/21
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Cadeira 0 0 2 0 2 5 1 0 2 7 2 2 0 0 0 3 6 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA
13-Nome FRANCISCO ALVES DE LIMA	29/11/1978
10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	14-Telefone (012) 91842401681
11-Dado Validado de Cadeira L L L L L L L L	12-Número do Cartão
15-Nome do titular do plano FRANCISCO ALVES DE LIMA	

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 - Educação Especial

21-Código na Operadora CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Específico	23-Numero no CRO	24-JF	25-Código CNES
15 9 4 4 1 0 3 8 2 5 3	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	4114	AM	

Enviar - RX
 (1) 85100218

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

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Ítala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Ano	40-Dat
	1 0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIM	1	1 2 2 0 0	0 0 0	0 0 0	5	28

[illegible][illegible]

0.1

A blank coordinate grid with x and y axes ranging from 0 to 10. The x-axis is labeled 'x' at the right end, and the y-axis is labeled 'y' at the top end. The grid consists of 11 vertical lines and 11 horizontal lines, creating a 10x10 array of squares. The origin (0,0) is at the bottom-left corner.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

A vertical number line from 12 to 13. The line is divided into 10 equal segments by horizontal tick marks. The number 12 is at the top, and 13 is at the bottom. The segments are labeled with fractions: $\frac{1}{10}$, $\frac{2}{10}$, $\frac{3}{10}$, $\frac{4}{10}$, $\frac{5}{10}$, $\frac{6}{10}$, $\frac{7}{10}$, $\frac{8}{10}$, and $\frac{9}{10}$. The bottom segment is labeled $\frac{10}{10}$.

[illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento _ _ / _ _ / _ _ 44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontofilia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1>Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US _ _ 1 2 2 _0 _0
47-Valor Total R\$ _ _ _ _ _0 _ .		

Declaro, que após ter sido devidamente informado 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 responsável pelo tratamento, compreendendo-me a arcar, com os custos conforme previsto em meu 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(s) contratado(s), o valor do tratamento realizado, compreendendo-me a arcar, com os custos conforme previsto em meu contrato.

49. Observação

53-Dat., local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	54-Dat., local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	55-Dat., local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	56-Dat., local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

128111112920	128111112920	128111112920	128111112920

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 4114

χ Teasdale Alms of h-a