



357624
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/08/2020 4-Data de Autorização 12/2/08/2015 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7790899 7-Data Validade da Série 13/11/2015

8-Aluno da Carteira 01020251012722010150303 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome YSABELLY VITORIA DE A MONTEIRO 05/06/2015 14-Idade 19 15-Nome do titular do plano VANDERSSON DA COSTA MONTEIRO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ 18-Número no CRO 4114 19-UF AM 20-Código CBO S 04 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253 22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR 23-Número no CRO 4114 24-UF AM 25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

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

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 Clossa	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,4	10,0			15/08/2020		Raimunda Mourao
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			15/08/2020		Raimunda Mourao
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			15/08/2020		Raimunda Mourao
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			15/08/2020		Raimunda Mourao
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			15/08/2020		Raimunda Mourao
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,1	10,0			15/08/2020		Raimunda Mourao
7-0	0											
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 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Valor Total US 278,10 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) 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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/2020. Kely Raimunda Mourao de Aguiar CRO-AM 125108112020 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/08/2020. Kely Raimunda Mourao de Aguiar CRO-AM 125108112020 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/08/2020. Kely Raimunda Mourao de Aguiar CRO-AM 125108112020 53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/08/2020. Kely Raimunda Mourao de Aguiar CRO-AM 125108112020

2-Remuneração do Centro Montessori



357628
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2018	4-Data de Autorização 22/10/2018	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790904	7-Data Validada de Série 13/11/2018
8-Número da Carteira 000202510272200150302					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA					
11-Data Validada de Carteira 11/11/2018					
12-Número do Cartão Nacional da Saúde					
13-Nome ROSANE ALVES DE ALBUQUERQUE					
14-Data de Emissão do Documento 05/10/1990					
15-Nome do titular do plano VANDERSSON DA COSTA MONTEIRO					
16-Atendimento a RN CLÍNICA ORAL D - MATRIZ					
17-Nome do Profissional Solicitante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR					
18-Número no CRO 4114					
19-UF AM					
20-Código CBO S 04					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 59441038253					
22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR					
23-Número no CRO 4114					
24-UF AM					
25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR					
27-Número no CRO 4114					
28-UF AM					
29-Código CBO S					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabella	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 Glosa	42-Assinatura
1	010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,40	0,00			11/11/2018		
2	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		16	0	1,00			11/11/2018		
3	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		17	0	1,00			11/11/2018		
4	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		24	0	1,00			11/11/2018		
5	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		26	0	1,00			11/11/2018		
6	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		36	0	1,00			11/11/2018		
7	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		37	0	1,00			11/11/2018		
8	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		47	0	1,00			11/11/2018		
9	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE	1	3,50	0,00		11/11/2018		
10	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE	1	3,50	0,00		11/11/2018		
11	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE	1	3,50	0,00		11/11/2018		
12	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID	1	3,50	0,00		11/11/2018		
13	010	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		46	0	1,00			11/11/2018		
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		662,00	0,00

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) descrito(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: **Kely Raimunda Mourao de Aguiar**
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: **Kely Raimunda Mourao de Aguiar**
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **Theronei Alves da Albuquerque**
 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **Theronei Alves da Albuquerque**