



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



417789
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/11 11/2/01	4-Data de Autorização 11/4/11 11/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8047917	7-Data Validade da Senha 11/01/10 21/2/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Contratado

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

13-Nome FABIO FERREIRA EVANGELISTA	15-Data Validade da Carteira 15/04/1977	14-Telefone (012) 991340 5090	15-Nome do titular do plano FABIO FERREIRA EVANGELISTA
---------------------------------------	--	----------------------------------	---

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 / CBO / CPF 15194410382513	22-Nome do Contratado Excusante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CMES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clin	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	26	0	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	14	0	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	15	0	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	38	0	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	HASD	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	HAD	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	HASE	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	HAIE	1	1	3 5,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
9-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3 4,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
10-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5		1	1	3 4,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
11-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5		1	1	3 4,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
12-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5		1	1	3 4,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
13-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5		1	1	3 4,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
14-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5		1	1	3 4,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO
15-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5		1	1	3 4,0 0	0,0 0	0,0 0	11/2/11	11/2/01	11/2/01	FABIO

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 4118,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/11 11/2/01 DRA. KELY MOURAO DE AGUIAR	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/01/11 11/2/01 DRA. KELY MOURAO DE AGUIAR	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11 11/2/01 FABIO FERREIRA EVANGELISTA	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
--	---	--	--

FABIO FERREIRA EVANGELISTA