



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{me}



414383
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 11/210	4-Data de Autorização 11/11/11 11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8033464	7-Data Validade de Sanho 10/7/10 12/12/11
-----------------------	---	---------------------------------------	--------------------	------------------------------------	---

8-Numero de Carteira 1010202510227220001872011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	-----------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome KEYLA DE SOUZA SEABRA	14-Tipo 8	15-Nome de Titular do plano KEYLA DE SOUZA SEABRA
-------------------------------	-----------	---

Declaro do Contatado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	18-Numero no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	21-Código no Operadora / CNPJ / CPE 1591441038253	22-Numero do Contatado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Numero no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES	26-Numero do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Numero no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S	30-Valor 025 - Faturar Empresa
-----------------------	---	-----------------------	----------	--------------------	---	--	-----------------------	----------	----------------	---	-----------------------	----------	-----------------	--------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocas	42-Atividade
1	00	81010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
2	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	0	1	61,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
3	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	0	1	61,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
4	00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	0	1	61,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
5	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
6	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
7	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
8	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
9	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
10	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
11	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
12	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
13	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
14	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011
15	00	840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35,00	0,00	11,11	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011	11/11/2011

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Estima Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 357,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Totál Franchise / Co-participação R\$
--	--	---	-------------------------------	-------------------------	--

Declaro, que ainda ter sido devidamente informado 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(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 com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 11/3/11 11/11/2011	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Recebente 11/3/11 11/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/11 11/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 11114

Dra. Kelly Mourão Aguiar
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 11114

2 Roteiro de Serviço Saúde