

244



1-Registro NANS 406414		2-Data de emissão do Guia 19/10/81210		3-Data de Autorização 22/10/91210		4-Sentença AUTORIZADO		5-Financiamento do Guia Principal 7802660		6-Data Validade da Sentença 17/11/210			
Dados do Beneficiário										7-Número do Cartão Nacional de Saúde			
8-Número da Carteira 10102102508181228101012184021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ATI BRASIL ARTIGOS TECNICOS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome HELENA DE SOUZA CARNEIRO										14-Telefone (1851) 310991151010		15-Nome do titular do plano FRANCISCO CLEBIO FELIX BANDEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										16-Data de emissão do Guia			
16-Identificador a RIN N		17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		18-Número no CRO 10035		19-UF CE		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora (CNPJ / CNPJ) 10561287217369111		22-Nome do Contratado Encarregado NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		23-Número no CRO 10035		24-UF CE		25-Código CINES					
26-Nome do Profissional Encarregado NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		27-Número no CRO 10035		28-UF CE		29-Código CBO S							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participado R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Ícone da Obra	42-Assinatura
1-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	6-1-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
2-0-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	6-1-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0
3-0-0-0												
4-0-0-0												
5-0-0-0												
6-0-0-0												
7-0-0-0												
8-0-0-0												
9-0-0-0												
10-0-0-0												
11-0-0-0												
12-0-0-0												
13-0-0-0												
14-0-0-0												
15-0-0-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Data Realizada

46-Tipo de Pagamento

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participado R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito o autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e acatar com os custos previstos no 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 acatar com as condições previstas em contrato.

49-Operatório

Dr. E. C. Nobre
Dentista

Dr. E. C. Nobre

50-Data local e Assinatura do Cursante/Donatário Solicitante 12/11/2003	51-Data local e Assinatura do Cursante/Donatário Solicitante 12/11/2003	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2003	53-Data local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	--