

241



5. Legenda: Artes e Ofícios e Indústria e Comércio do Município de Curitiba - Curitiba



359020
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão da Guia
11/08/2012

4-Data de Autenticação
13/11/08/2012

6-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7796996

7-Data Validade da Guia
11/06/11/2012

8-Plano de Benefício

9-Número da Carteira
0101201215018121801010121841013

5-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
AT I BRASIL ARTIGOS TECNICOS

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
SOFIA CARNEIRO FELIX BANDEIRO

30/10/2008

14-Telefone
(1815) 3109991151010

15-Nome do titular do plano
FRANCISCO CLEBIO FELIX BANDEIRA

Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

17-Nome do Profissional Solicitante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

18-Número no CRO
10035

19-UF
CE

20-Código CBO 5
025 -

21-UF
CE

22-Código CHES
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0156128727369111

22-Nome do Contratado Executante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

23-Número no CRO
10035

24-UF
CE

25-Código CBO 5

26-Nome do Profissional Executante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

27-Número no CRO
10035

28-UF
CE

29-Código CBO 5

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	0101810101010151	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		134,10	0,10	0,10		31/08/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			
31/10/2012	1	1				2-Parcial	134,10	0,10				

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(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 este 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 Contratado Responsável
31/10/2012 NAYRA E. C. Nobre

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/10/2012 NAYRA E. C. Nobre

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/10/2012 NAYRA E. C. Nobre

53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/10/2012 NAYRA E. C. Nobre

54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/10/2012 NAYRA E. C. Nobre

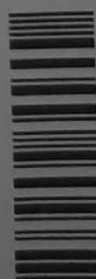
55-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/10/2012 NAYRA E. C. Nobre

Dr. NAYRA E. C. Nobre
Cirurgião - Dentista
CRC 10035



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

359019
INTERCÂMBIO1-Registro ANS
4064142-Dados de Emissão da Guia
11/08/20204-Dados de Autorização
13/11/20186-Série
AUTORIZADO8-Número da Guia Principal
77969847-Dados Validação da Guia
11/08/2020

Dados do Beneficiário

9-Nome da Carteira
10020202508181212100218102110-Posição
POS REDE PRESTADORA11-Endereço
AT - BRASIL ARTIGOS TECNICOS12-Dados Validação da Carteira
11/11/1113-Nome do titular do plano
FRANCISCO CLEBIO FELIX BANDEIRA14-Nome
HELENA DE SOUZA CARNEIRO

05/07/1981

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Endereço a RN
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE16-Número no CRO
1003517-Número no CRO
1003518-Código CBO S
025 -

19-Faturar Empresa

20-Código na Operadora (CNPJ/CPE)
1015621872736921-Nome do Contratado Executante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE22-Número no CRO
1003523-Número no CRO
1003524-Código CBO S
CE25-Nome do Profissional Executante
NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Face	35-CRO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Nome da Guia	42-Assinatura
1-	01018101016151	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,10	10,10	0,10	51	31/08/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dados Pessoais do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condicionais 4-Urgência/Emergência45-Tipo de Faturamento
1-1 Total 2-Parcial46-Total Quantidade US
34,1047-Valor Total R\$
10,1048-Total Franquia / Co-participação R\$
0,10

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.

49-Observação

50-Dados locais e Assinaturas dos Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dados locais e Assinaturas do Cirurgião-Dentista

52-Dados locais e Assinaturas do Beneficiário / Responsável

53-Dados locais e Assinaturas da Empresa

Dra. Helena E. C. Nobre
CRO: 10035

Dra. Helena E. C. Nobre
CRO: 10035

Dra. Helena E. C. Nobre
CRO: 10035