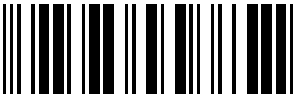


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1645276
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 / 1 0 / 2 3	4-Data de Autorização / / / /	5-Senha CANCELADO	6-Número da Guia Principal 1645276	7-Data Validade da Senha 0 9 / 0 1 / 2 4
--------------------------	--	----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 6 3 1 6 0 0 1 4 1 8 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REGIANE MACIEL MOTA GOMES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano REGIANE MACIEL MOTA GOMES	
13-Ano 29/03/1990				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MYLLENA BASTOS SILVA	18-Número no CRO 9386	19-UF AM	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 7 4 9 9 0 6 3 0 0 0 1 4 4	22-Nome do Contratado Executante SORRIPOP CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 9136	24-UF AM	25-Código CNES 0952567
26-Nome do Profissional Executante MYLLENA BASTOS SILVA		27-Número no CRO 9386	28-UF AM	29-Código CBO S

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- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 0 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0		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/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 Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--