



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N₂O

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/08/20	4-Data de Autorização 10/16/08/20	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7760507
Dados do Beneficiário	7-Data Validade da Semana 10/21/11/20			

INTERCAMBIO 35103

0 0 2 0 2 5 2 9 0 5 6 2 0 0 0 1 8 3 0 3		13-Nome HUGO DE SOUZA OLIVEIRA VIEIRA	14-CPF 02/02/2008	15-Nome do titular do plano MARIO JANO DOS SANTOS VIEIRA
		16-Empresa POS REDE PRESTADORA	17-Telefone (9 2) 3 1 8 3 - 7 9 0 0	18-Data de validade da Carteira 1 / 1 / 1
		BOREO INDUSTRIA DE		19-Número do Cartão Nacional de Saúde 708308327459975

卷之三

16-Agendamento a PRN		17-Nome do Profissional Solicitante	
N		CLINICA ORAL D - MATRIZ	
18-Número no CRM		19-BUJ	
4114		AM	
20-Código CBO S		21-Código na Operadora/ CNPJ/ CPF	
04		151944110382531	
22-Número do Contratado Executante		23-Número no CRQ	
		24-UF	
		25-Código CUPS	
Faturar Empresa			

26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR		4114	AM	ENVIAR - RX
27-Número no CRO 4114		28-UF AM	29-Código CBO S	(I) 85100200
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				

41- Motivo da Glossa 42-Assin

29

LITERATURE

卷之三

10 44 ✓ 1 6 1,0 0 0,0 0 s 11 12,20 12,20
11

三

12 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
13 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

卷之三

卷之三

二二

Total Franquia / Co-participação RU

9-Observação
Assento de que estou ciente das consequências da assinatura e que é uma 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.

→ assina esse documento, o

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
	
53-Dia, local e Caminho da Empresa	
	

100

Assento integralmente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

assilia esse uocummo, o-