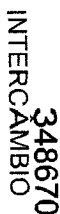


2-N

348670
CÁMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ANDERSON LUIZ DA COSTA MACIEL

39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
--------	------------------------	--------------------	---------------

39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
--------	------------------------	--------------------	---------------

39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
--------	------------------------	--------------------	---------------

39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
--------	------------------------	--------------------	---------------

39-Aut	40-Dados de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
--------	------------------------	--------------------	---------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



348883
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2012	4-Data de Autorização 10/03/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7750339	7-Data Validade da Sentença 12/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202511631600071102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ERVELTON MONTEIRO ARAUJO	27/05/2002	14-Idade 29	15-Nome do titular do plano EVERALDO JUNIOR MOTA ARAUJO
-------------------------------------	------------	----------------	--

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
--	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES	26-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	----------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5		1	1	3 4 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	15	0	1	6 1 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	25	0	1	6 1 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	27	0	1	6 1 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	35	0	1	6 1 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	44	0	1	6 1 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	45	0	1	6 1 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
8-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	47	OV	1	8 8 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8		1	1	3 5 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
10-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8		1	1	3 5 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
11-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8		1	1	3 5 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
12-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8		1	1	3 5 1 0 0	0,00		03	06/20		Erivelton
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial		6 2 8,00								

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.

48-Observação

Kely Mourão Aguiar

53-Data local e Cartão de Empresa	54-Data local e Cartão de Empresa
-----------------------------------	-----------------------------------

01/08/2020
Kely Mourão Aguiar
CRO-AM 4114
Erivelton Montanheiro Guayes