

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 9/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10 9/12/0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7898404	7-Data Validade da Sentença 12/2/11 12/12/0
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

381490
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0/0/2/0/2/5/2/0/6/4/8/0/0/0/0/8/4/0/3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

ROGER FABRICIO LIMA BATALHA

20/04/2003

ARIQUENES ROMULO REGIS BATALHA

13-Nome ROGER FABRICIO LIMA BATALHA		14-Tipo de 1029992348-4890		15-Nome do titular do plano ARIQUENES ROMULO REGIS BATALHA	
16-Endereço a RN CLINICA ORAL D - MATRIZ		18-Número no CRO 4114		19-UF AM	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253		22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR		23-Número no CRO 4114	
25-Nome da Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR		27-Número no CRO 4114		28-UF AM	
28-Código CBO S		29-Código CBO S		30-Código CNES	
31-Valor 025 -		32-Valor Faturar Empresa		33-Valor 04	

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 Glor	42- Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	16	O	1	6 1 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2009	1	Assinatura
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	12	P	1	6 1 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2009	1	Assinatura
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	36	V	1	6 1 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2009	1	Assinatura
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	34	V	1	6 1 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2009	1	Assinatura
5-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	3 4 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2009	1	Assinatura
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2009	1	Assinatura
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2009	1	Assinatura
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2009	1	Assinatura
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 1 0 0	0,00	0,00	0,00	11/09/2009	1	Assinatura
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 418,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	------------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fiscais, 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), julgam realizados o(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 de Cirurgião-Dentista (CBO 114) 10/11/2010 R\$ 114,00	51-Data, local e Assinatura de Assistente Odontológico (CBO 114) 10/11/2010 R\$ 114,00	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 10/11/2010 R\$ 0,00	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
--	---	--	---

Assinatura de Raimundo Regis Batalha