

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 15/10/2019	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867851	7-Data Validade da Semeta 13/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

374636



8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 0 6 5 1 6 5 0 0 0 3 9 0 0 4
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	STK SISTEMAS DO BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome	VITOR PEREIRA DE SOUZA
14-Teléfono	() -
15-Nome do titular do plano	ALLISON DE DEUS SOUZA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	28/12/2012

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CRO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06312468607	22-Nome do Contratado / Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	23-Número no CRO 39372	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS		27-Número no CRO 39372	28-UF MG	29-Código CBO S

Faturar Empresa

30- Tabela		31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franque/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1.	0	0	8	3	0	0	0	8	9				
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													
15.													

43- Data Recebido Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

☐ 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodomia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Pagamento

☐ 1- Total 2- Parcela

46- Total Quantidade US

7 3 0 0

47- Valor Total R\$

0 0 0 0

48- Total Franque/Co-participação R\$

525/09/2011

Assinatura

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 atuar com os custos previstos no 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	25/10/2011	[Assinatura]
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	25/10/2011	[Assinatura]
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	25/10/2011	90 - 0
53-Data, local e Carimbo da Empresa	25/10/2011	[Carimbo]

Ass. Odontol. 39372

Ara Carodonta