



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 26/08/2010 4-Dia de Autorização 28/08/2010 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7825133 7-Dia Validade da Sentia 24/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00202524520000787011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa GERSP GREMIO ESPORTIVO

11-Dia Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALINE SUELLEN DE SOUZA SALES

06/01/1990

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ALINE SUELLEN DE SOUZA SALES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA

18-Número no CRO 7277

19-UF MT

20-Código CBO S

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA

23-Número no CRO 7277

24-UF MT

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA

27-Número no CRO 7277

28-UF MT

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,5,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	S	01/09/20	Bea Sales	
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3,5,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	S	01/09/20	Bea Sales	
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3,5,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	S	01/09/20	Bea Sales	
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3,5,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	S	01/09/20	Bea Sales	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/09/20 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Totais Quantidades US 140,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Totais 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 01/09/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/09/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20

53-Data, local e Endereço da Empresa 01/09/20

Drª Beatriz A. Sales
Cirurgiã Dentista
CRO/MT 7217

364865