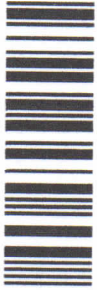


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/10 10:20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50202914		7-Data Validade da Senha 12/01/11 12:11		409130 INTERCÂMBIO													
8-Número de Carteira 100379994064303656				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa GRANIHIC SERVICES S				11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003905496919									
13-Nome ALYCE DOS SANTOS SILVA				13-Data 26/09/2011				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano RUBENS PEREIRA SILVA											
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS				18-Número no CRO 19222				19-UF BA				20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 062222669506				22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS				23-Número no CRO 19222				24-UF BA				25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS				27-Número no CRO 19222				28-UF BA				29-Código CBO S											
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 Glosa 42-Assinatura	
1-0		81000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1				34		00		0,00						30/10/20		Bianca	
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20		44-Tipo de Atendimento 1-1		45-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		47-Valor Total R\$ 34,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00											

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 Aline Monteiro		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 Aline Monteiro	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Rubens Pereira Silva		53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20	

descontos