



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NP

gistro ANS 406414						3-Data de Emissão da Guia 1 6 1 0 6 1 2 0						4-Data de Autorização 1 7 1 0 6 1 2 0						5-Senha CONCLUÍDO						6-Número da Guia Principal 7638618						7-Data Validade da Senha 1 4 1 0 9 1 2 0											
s do Beneficiário																																									
mero da Carteira 0 2 0 2 5 2 4 9 2 8 2 0 0 0 3 5 0 3												9-Plano POS REDE PRESTADORA						10-Empresa NEW CARGO TRANSPORTE E						11-Data Validade da Carteira / /						12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
ome DANIEL REIS GOMES DA SILVA																																									
												12/11/2017						14-Telefone (21) 3 3 8 1 1 8 0 0 0						15-Nome do titular do plano PAMELA DA SILVA COUTINHO GOMES REIS																	
s do Contratado Responsável pelo Tratamento																																									
endimento a RN						17-Nome do Profissional Solicitante THAISA FERNANDES ARAUJO																		18-Número no CRO 48165						19-UF RJ						20-Código CBO S					
digo na Operadora / CNPJ / CPF 1 5 4 3 1 2 1 6 7 5 9												22-Nome do Contratado Executante THAISA FERNANDES ARAUJO												23-Número no CRO 48165						24-UF RJ						25-Código CNES					
ome do Profissional Executante THAISA FERNANDES ARAUJO																																									
																								27-Número no CRO 48165						28-UF RJ						29-Código CBO S					

[illegible]

aro, 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.

hsenvarão

— the F Agency

51 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53 - Data, local e Carimbo da Empresa
17/11/2009 Flávia S. Luz	17/11/2009 Flávia S. Luz	17/11/2009 Flávia S. Luz