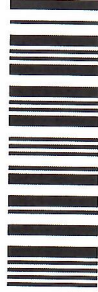


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/2017	4-Data de Autorização 20/08/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7766129	7-Data Validade da Senha 04/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202025282517000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------------

13-Nome ANDERSON QUEIROZ DA SILVA	
14-Telefone (11) 11111111	

15-Nome do titular do plano MARCIO ADRIANO NERVO	
---	--

16-Atendimento a RN N	
17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1841517637091111	
22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	

26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	
---	--

28-UF RS	
-------------	--

29-Código CBO S 26161	
--------------------------	--

20-Código CBO S 025 -	
--------------------------	--

24-UF RS	
-------------	--

25-Código CNES 26161	
-------------------------	--

27-Número no CRO 26161	
---------------------------	--

28-UF RS	
-------------	--

29-Código CBO S 26161	
--------------------------	--

30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-00181001030	
---	--

32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	
---------------------------------------	--

33-Dente/Região 1	
----------------------	--

34-Face 1	
--------------	--

35-Old 1	
-------------	--

36-Quantidade US 3400	
--------------------------	--

37-Valor 0,00	
------------------	--

38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	
---	--

39-Aut S	
-------------	--

40-Data de Realização 20/08/2017	
-------------------------------------	--

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
----------------------------------	--

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	
--	--

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	
--	--

45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	
---	--

46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	
---	--

47-Valor Total R\$ 0,00	
----------------------------	--

48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
---	--

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/08/2017 BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	
---	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/2017 BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	
---	--

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/2017 ANDERSON QUEIROZ DA SILVA	
---	--

53-Data, local e Carimbo da Empresa 00/00/00	
---	--

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.	
--	--

55-Observação	
---------------	--