

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

giro ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 2 9 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8004154	7-Data Validade da Senha 2 6 / 0 1 / 2 1
------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

is do Beneficiário	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Canteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
úmero da Canteira				

[illegible]

13- Nome do titular do plano	14- Telefone	15- Data de emissão	16- Data de validade
THAIS ALEXANDRA DE BRITO PEREIRA	() - - - - -	10/02/1993	

17- Nome do Profissional Solicitante	18- Número no CRO	19- UF	20- Código CRO S

CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	1750	MS	
Nome Completo - Full Name	Endereço - Address	País - Country	Por Qual Empresa - By Which Company

[illegible]

Nome do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	(I) 85100200
				(I) 85100218
ARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	1750	MS		(I) 85100200
				(I) 85100226

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	6 9 1 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme as orientações do profissional assistente e atcar com os custos previstos em contrato. Dedaro, 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

reservas

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
07/08/96 [Assinatura]	07/08/96 [Assinatura]	07/08/96 [Carimbo]

Chair, ~~President~~

Dr. Carlos Enrique F. Manly
800.4750.741 FAX 404.966.58

CR 1750 - 14104428
ONES 011753