

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



REGISTRO ANS 406414		SOLTA DE CRÉDITO DA CLÍNICA 1 0 1 1 2 1 2 5		FOLHA DE AUTORIZAÇÃO 1 1 1 1 1 2 1 2 5		S-SERIAL AUTORIZADO		EXATidão DE QUAL PRINCIPAL 14711631		FOLHA VÁLIDA DE SEME 0 8 1 0 2 1 2 6	
DIPLOMA DE BENEFACTÓRIO		6-NÚMERO DA CARTÃO 0 0 2 0 2 5 1 1 8 8 3 0 2 0 0 0 0 2 0 1		6-GRUPO POS REDE PRESTADORA		10-EMPRESA MEDILAR EMERGENCIAS MEDICAS		14-FOLHA (1 4 7 1)		14-FOLHA 9 9 6 6 1 9 8 8 3	
13-Data VANESSA CAROLINA DENARDI		16/11/1998		14-Folha (1 4 7 1)		9 9 6 6 1 9 8 8 3		14-Folha (1 4 7 1)		VANESSA CAROLINA DENARDI	

Atividade do Contribuinte Responsável pelo Trânsito em Juízo		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		18-Número no CRO 24563	19-UF SC
17-Alcance do Profissional Solicitante MARIA THAINARA ALVES DA SILVA		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 4 2 6 3 2 9 1 0 0 0 1 2 2		21-Número no CRO 24563	22-UF SC
22-Nome do Contribuinte Exercitante PROSPERA ODONTOLOGIA E SAUDE LTDA		23-Código CNIS 99999999	
26-Nome do Profissional Exercitante MARIA THAINARA ALVES DA SILVA		27-Número no CRO 24563	28-UF SC
		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
33-Ata	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Definição	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Vol	38-FranquiaC-participado R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Matéria da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	3	0	0	4	7				
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Anestésico

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Emplancha

45-Tipo de Tratamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1 7 8 0 0

47-Valor Total R\$

0 0 0 0

48-Total Franquia Coparticipação R\$

Assinatura

Assinatura

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 aceitar com os custos previstos no contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e do 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.

Assinatura do paciente

Dr. Maria Thamarie Azeiteiro

Assinatura do Profissional

Engracia Dentista
CRO/SC 24563

Dra. Maria Thainara Albuquerque
Cirurgia-Dentista
CRO/SC 24563