

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	1 1 3 // 0 8 // 2 0
4-Data de Autorização	1 1 4 // 0 8 // 2 0
5-Serinha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7785400
7-Data Validade na Serinha	1 1 1 // 1 1 // 2 0

356390

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	10-Empresa	11-Data Vencida da Carteira
000202531151000000101	DENTAL UNI COOPERATIVA	1/1/1

13- Nome	JUSSARA APARECIDA KLEN
14- T. telefone	02/01/1968
15- Nome do filho do plano	JUSSARA APARECIDA KLEN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamen

16-Mendicamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	18-Número no CRO 39372	19-UF MG	20-Código CBO S
---------------------------	---	----------------------------------	--------------------	-----------------

Estuário Embrac

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	06312468607
22-Nome do Contratado Espectante	ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS
23-Número no CRO	39372
24-UF	MG
25-Código CNES	

ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS	39372	MG
-----------------------------	-------	----

[illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

[illegible]

g

7.

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

referentes ao tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto 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 este documento, os valores devidos em virtude do tratamento realizado, comprometendo-me a cumprir as obrigações de pagamento de quaisquer valores devidos ao profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. De acordo com o disposto no artigo 1º, inciso II, da Lei nº 13.023/2014, a Operadora não se responsabiliza por danos decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia do profissional contratado, devendo este ser responsabilizado pelo contratante. O presente documento não substitui a necessidade de avaliação médica prévia e acompanhamento médico durante o tratamento. O presente documento não substitui a necessidade de avaliação médica prévia e acompanhamento médico durante o tratamento. O presente documento não substitui a necessidade de avaliação médica prévia e acompanhamento médico durante o tratamento.

49-Observação

Alma
ONG 33

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/7/10.8/11.2.01	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/7/10.8/11.2.01	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/7/10.8/11.2.01	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	11/7/10.8/11.2.01	

by national newspaper

$\frac{1}{\sqrt{2}}$