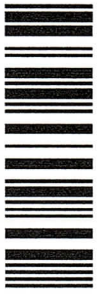




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 8 / 0 2 / 2 1		4-Data de Autorização 1 1 2 / 0 2 / 2 1		5-Sintha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8278802		7-Data Validade da Sintha 10 9 / 0 5 / 2 1			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 1 1 5 8 2 9 0 0 0 5 8 0 1						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI		11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CLAUDIOIANO FRANCISCO DA SILVA						24/09/1986		14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _		15-Nome do titular do plano CLAUDIOIANO FRANCISCO DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		ANDERSON COUTINHO FELICIO							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante							
12 7 7 1 3 2 1 2 8 1 8		ANDERSON COUTINHO FELICIO							
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO							
ANDERSON COUTINHO FELICIO		14941							
		18-Número no CRO		19-LUF		20-Código CBO S		025 -	
		14941		SC				Faturar Empresa	
		23-Número no CRO		24-LUF		25-Código CNES			
		14941		SC					
		27-Número no CRO		28-LUF		29-Código CBO S			
		14941		SC					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-0 0 8 5 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6,1	0,0	0,0	S	17/02/21		[Assinatura]			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															

43-Data Previsão Término do Tratamento

| | | / | | | / | | |

44-Tipo de Atendimento

| | | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

| | | 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

| | | 6 | 1 | 0 | 0 |

47-Valor Total R\$

| | | 0 | 0 | 0 |

48-Total Franquia / Co-participação R\$

| | | | | | | | | |

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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 previstos em contrato.

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	17/10/21	[Assinatura]	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	17/10/21	[Assinatura]	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	17/10/21	[Assinatura]	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	17/10/21	[Assinatura]	ANDERSON L. BELINHO Clínico Geral