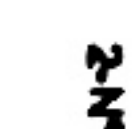


ප්‍රකාශන මධ්‍යස්ථානය

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8297968	7-Data Validade da Sentença 14/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202519983600033001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Della Validade da Carteira //	12-Número do Cartão
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------

13-Nome	ALTON FERNANDO DA SILVA	09/01/1977	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALTON FERNANDO DA SILVA
---------	-------------------------	------------	------------------------------	--

16-Arrendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MATEUS NUNES SAMPAIO	18-Número no CRO 135977	19-UF SP	20-Código CBO S
---------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	45266829850
22-Nome do Contratado Executante	MATEUS NUNES SAMPAIO
23-Número no CRO	135977
24-UF	SP
25-Código CMES	

26-Nome do Profissional Exercente MATEUS NUNES SAMPAIO	27-Número no CRO 135977	28-UF SP	29-Código CBO S
--	-----------------------------------	--------------------	-----------------

[illegible]

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), 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 conforme previsto em contrato.

[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/12/11 02/11/21	Motus Nova
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/12/11 02/11/21	Motus Nova
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/12/11 02/11/21	Motus Nova
53-Data, local e Carimbo da Empresa	11/12/11 02/11/21	Motus Nova

Sangra's

Somerset

Dr. Mateus Nunes Sampeato
Cirurgião Dentista
CRPSP 135977