



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

3-Dia de Emissão da Guia	03/03/21	4-Dia de Autorização	17/03/21	5-Sertha	AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal	8393642	7-Data Validade da Sertha	01/06/21	490161	INTERCÂMBIO
registro ANS	6414										

do Beneficiário

g-Plano:	10-Empresa:	11-Data Validada da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0.202025214938000000512	TOTAL LINE COMERCIO E	____/____/____	
POS REDE PRESTADORA			

KETHELIN NEVES MARTINS

0079	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THELIN NEVES MARTINS	14/03/2015 (21)	LEANDRO NEVES FERREIRA
	7 6 8 8 1 1 0 3	

Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 -	20-Código CBO 3	19-UF	18-Número na CRO	17-Nome do Profissional Solicitante
Faturar Empresa	06	RJ	35735	ATELIE CHAVES DO SORRISO

[illegible]

22-Nome do Contratado / Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
PRISCILA CHAVES MOREIRA	35735	RJ	

ome do Profissional Executante

Nome do Profissional Executante RISILA CHAVES MOREIRA	27-Número no CRO 35735	28-UF RJ	29-Código CBO S

Procedimientos Solicitados

[illegible]

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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observación

terada a **Guia de temporaria para definitiva (Beneficiario)**.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	01/10/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	01/10/2011 Maria Lorena
53-Data, local e Carimbo da Empresa	01/10/2011

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

only a small part of