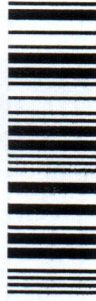


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/16	4-Data de Autorização 17/10/19	5-Senhia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13954007	7-Data Validade da Senhia 31/10/18	2333767 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 002020251116176180028015021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INTELBRAS SA INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome JULIANA SIGNOR	14-Telefone	15-Nome do titular do plano FABIO FURTADO DE OLIVEIRA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARITHEA ANDREOLI CORREA	18-Número no CRO 19547	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1113187346101010101	22-Nome do Contratado Executante ORAL G CENTRO ESTETICO E ODONTOLÓGICO	23-Número no CRO 19547	24-UF SC	25-Código CNES 0737070		
26-Nome do Profissional Executante KARITHEA ANDREOLI CORREA	27-Número no CRO 19547	28-UF SC	29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Valor
1-10	018154002201	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	47	1	1	299,00
2-10	0181540011571	COROA TOTAL METALO-	47	1	1	343,00
3-1						
4-1						
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
43-Data Previsão Término do Tratamento						
11/11/11	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
	1-Tratamento Odontológico	1-Total	1642,00	1604,35		

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2019 Karithea Andreoli Corrêa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2019 Karithea Andreoli Corrêa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2019 Juliana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2019
Cirurgiã-Dentista CRO/SC 19547		Cirurgiã-Dentista CRO/SC 19547	
Oral G Centro Estético e Odontológico		CNPJ: 11.387.346/0001-00	