

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

1º Registro ANS	3 Data de Cad. Guia	4 Data de Autogratificação	5 Série	6 Número da Guia Principal	7 Data Vencida da Série
406614	1 0 / 1 2 / 2 0	1 2 / 1 2 / 2 0	AUTORIZADO	8136804	1 0 / 0 3 / 2 1

6-Número da Carteira	000202522125300006904
9-Fluio	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	ACV TECHLINE ENGENHARIA LTDA
11-Data Validade da Carteira	____/____/____
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

14 - Tabela	
Bernardo Sabio Alencastro	10/12/2013
(5 1)	[3 3 3 0] + [9 0 8 1]
15 - Nome do titular do plano	
Joziel Alencastro	

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Social BRUNA BARNARD MOTTA	18-Número no CRO 22274	19-UF RS	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

[illegible]

BRUNA BARNARD MOTTA	22274	RS	
---------------------	-------	----	--

[illegible]

9

Handwriting practice lines with the letter 'v' repeated across the page.

9- _____

10- _____

11. 

[illegible][illegible]

contato, que após ter sido devidamente examinado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, reconhece a área apresentadora, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos do mesmo. Deixou, 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Dia: local e Assinatura do Cargueiro-Dentista Solicitante	
51-Dia: local e Assinatura do Cargueiro-Dentista	A.8 // A.2 // E.D Rau P. Leck
52-Dia: local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	A.8 // A.2 // E.D x 2 // inof.
53-Dia: local e Carimbo da Empresa	