



hoiçadida para voca serç

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/09/12/01	4-Data de Autorização 12/8/09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7901456	7-Data Validade da Senha 12/2/11/12/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

382213
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira 10/02/02/512427561000237011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COMPANHIA DE TECNOLOGIA DA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome DIOGO GUERRO	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano DIOGO GUERRO
-------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELI FABIANI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109315291901011	22-Nome do Contratado Executante GABRIELI FABIANI
26-Nome do Profissional Executante GABRIELI FABIANI	27-Numero no CRO 29697
18-Numero no CRO 29697	19-UF PR
23-Numero no CRO 29697	24-UF PR
25-Código CNES	26-Código CBO S
Faturar Empresa 025 -	

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00			12/9/09/12/01		
2-00												
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/9/09/12/01	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

Decido, 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. Decido, 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.

50-Data, local e 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

Dra. Gabriela Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697