

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Datos de Emisión del Guía 2/3//1/1//2/2	4-Datos de Autorización 2/9//1/1//2/2	5-Serías AUTORIZADO	6-Número de Guía Principal 10624684	7-Zona Validez de la Señal 2/1//0/2//2/3
--------------------------	--	--	------------------------	--	---

1241042
INTERCAMBIO

[illegible][illegible]

30-Resposta	31-Código de Processamento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Qtd de US	37-Valor	38-Faixa/Co-participação R\$	39-Mat	40-Cota de Reserva	41-Mat de Cota 42-Atribuição
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5			
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
6-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
7-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
8-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
9-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
10-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
11-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
12-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
13-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
14-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
15-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
16-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
17-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
18-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
19-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
20-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
21-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
22-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
23-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
24-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
25-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
26-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
27-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
28-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
29-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
30-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
31-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
32-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
33-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
34-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
35-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
36-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
37-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
38-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
39-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
40-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
41-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
42-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
43-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7		
44-0	0	8	5	3	0	0	0	4</			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, aceite e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a atuar com os cuidados previstos no protocolo, Declaro, ainda que o(a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (voluntariamente) com meu consentimento e de forma totalmente livre e espontânea a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento descrito, comprometendo-me a atuar com os custos conforme previsto no contrato.

49-Observation

Bo-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

03/11/2022

61-Dados locais e Assinatura do Cirurgião Dentista
 03/11/2014 20h
 Cirurgia 98453

62-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. A. Simo
455

Dr. Simone A. Cirurgia Dentale
CRO 98455

Don't Mark

Dra. Simone Andrade
Cirurgia Dentista
CRO 98455 SP