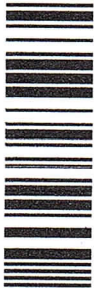




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 12:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7717602		7-Data Validada da Senha 18/11/01 12:01		342030 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 100202025101506006528011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validada da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome NAIR DA SILVA SOUZA		14-Telefone (11) 481919553		15-Nome do titular do plano NAIR DA SILVA SOUZA		16-Valor Total R\$ 0,00		17-Valor Total R\$ 0,00			
18-Atendimento a RV N		19-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		20-Código CBO S 025 -		21-UF SP		22-UF SP			
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11755162188917		24-Nome do Contratado / Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		25-Código CNES 94101		26-UF SP		27-UF SP			
28-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		29-Número no CRO 94101		30-Código CBO S 94101		31-UF SP		32-UF SP			
33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		34-Quantidade US 37-Valor		35-Qtde 17		36-Face 17		37-Quantidade US 17			
38-Tablita 1-0018152001581 2-0018152002181 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-		39-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO RESTAURAÇÃO RESINA		40-Data de Realização 29/07/20 29/07/20		41-Motivo da Guia 42-Assinatura X X		43-Franquia/Co-participação R\$ 0,00			
44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 165,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00			
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 em 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 o valor devido pelo tratamento, 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 29/07/20		51-Data, local e Assinatura do Benficiário / Responsável 29/07/20		52-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável 29/07/20		53-Data, local e Assinatura da Empressa - SP Tel: 4524-3550			