



2-410

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

307792
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	22/10/2012
4-Data de Autorização	04/10/2012
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7522197
7-Data Validade da Senha	21/10/2012

Diados: do: Elevef: a: la

8-Número da Carteira 0 0 0 2 0 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 6 3 7 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIAN NICOLAS LOPES	14-Telefeno (11) 4 6 6 1 3 1 4 0 0 3	15-Nome do titular do plano MARIAN NICOLAS LOPES		
14/09/1978				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:

10-Abandono a R/A N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-Número no CRC 121025	19-UF SP	20-Código CBO 5
21-Código na Oportuna / CNPJ / CPF 1313131911319181211111	22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRC 121025	24-UF SP	25-Código CNE5
26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	27-Número no CRC 121025	28-UF SP	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamiento / Prevención de Solstuz

[illegible]

4.3. Data Previsão Término do Tratamento

43-Dados Previstos Terminou do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Fretaria / Co-participação R\$
☐ 1-1 ☐ 2-2 ☐ 3-3 ☐ 4-4 ☐ 5-5 ☐ 6-6 ☐ 7-7 ☐ 8-8 ☐ 9-9 ☐ 10-10 ☐ 11-11 ☐ 12-12 ☐ 13-13 ☐ 14-14 ☐ 15-15 ☐ 16-16 ☐ 17-17 ☐ 18-18 ☐ 19-19 ☐ 20-20 ☐ 21-21 ☐ 22-22 ☐ 23-23 ☐ 24-24 ☐ 25-25 ☐ 26-26 ☐ 27-27 ☐ 28-28 ☐ 29-29 ☐ 30-30 ☐ 31-31 ☐ 32-32 ☐ 33-33 ☐ 34-34 ☐ 35-35 ☐ 36-36 ☐ 37-37 ☐ 38-38 ☐ 39-39 ☐ 40-40 ☐ 41-41 ☐ 42-42 ☐ 43-43 ☐ 44-44 ☐ 45-45 ☐ 46-46 ☐ 47-47 ☐ 48-48 ☐ 49-49 ☐ 50-50 ☐ 51-51 ☐ 52-52 ☐ 53-53 ☐ 54-54 ☐ 55-55 ☐ 56-56 ☐ 57-57 ☐ 58-58 ☐ 59-59 ☐ 60-60 ☐ 61-61 ☐ 62-62 ☐ 63-63 ☐ 64-64 ☐ 65-65 ☐ 66-66 ☐ 67-67 ☐ 68-68 ☐ 69-69 ☐ 70-70 ☐ 71-71 ☐ 72-72 ☐ 73-73 ☐ 74-74 ☐ 75-75 ☐ 76-76 ☐ 77-77 ☐ 78-78 ☐ 79-79 ☐ 80-80 ☐ 81-81 ☐ 82-82 ☐ 83-83 ☐ 84-84 ☐ 85-85 ☐ 86-86 ☐ 87-87 ☐ 88-88 ☐ 89-89 ☐ 90-90 ☐ 91-91 ☐ 92-92 ☐ 93-93 ☐ 94-94 ☐ 95-95 ☐ 96-96 ☐ 97-97 ☐ 98-98 ☐ 99-99 ☐ 100-100 ☐ 101-101 ☐ 102-102 ☐ 103-103 ☐ 104-104 ☐ 105-105 ☐ 106-106 ☐ 107-107 ☐ 108-108 ☐ 109-109 ☐ 110-110 ☐ 111-111 ☐ 112-112 ☐ 113-113 ☐ 114-114 ☐ 115-115 ☐ 116-116 ☐ 117-117 ☐ 118-118 ☐ 119-119 ☐ 120-120 ☐ 121-121 ☐ 122-122 ☐ 123-123 ☐ 124-124 ☐ 125-125 ☐ 126-126 ☐ 127-127 ☐ 128-128 ☐ 129-129 ☐ 130-130 ☐ 131-131 ☐ 132-132 ☐ 133-133 ☐ 134-134 ☐ 135-135 ☐ 136-136 ☐ 137-137 ☐ 138-138 ☐ 139-139 ☐ 140-140 ☐ 141-141 ☐ 142-142 ☐ 143-143 ☐ 144-144 ☐ 145-145 ☐ 146-146 ☐ 147-147 ☐ 148-148 ☐ 149-149 ☐ 150-150 ☐ 151-151 ☐ 152-152 ☐ 153-153 ☐ 154-154 ☐ 155-155 ☐ 156-156 ☐ 157-157 ☐ 158-158 ☐ 159-159 ☐ 160-160 ☐ 161-161 ☐ 162-162 ☐ 163-163 ☐ 164-164 ☐ 165-165 ☐ 166-166 ☐ 167-167 ☐ 168-168 ☐ 169-169 ☐ 170-170 ☐ 171-171 ☐ 172-172 ☐ 173-173 ☐ 174-174 ☐ 175-175 ☐ 176-176 ☐ 177-177 ☐ 178-178 ☐ 179-179 ☐ 180-180 ☐ 181-181 ☐ 182-182 ☐ 183-183 ☐ 184-184 ☐ 185-185 ☐ 186-186 ☐ 187-187 ☐ 188-188 ☐ 189-189 ☐ 190-190 ☐ 191-191 ☐ 192-192 ☐ 193-193 ☐ 194-194 ☐ 195-195 ☐ 196-196 ☐ 197-197 ☐ 198-198 ☐ 199-199 ☐ 200-200 ☐ 201-201 ☐ 202-202 ☐ 203-203 ☐ 204-204 ☐ 205-205 ☐ 206-206 ☐ 207-207 ☐ 208-208 ☐ 209-209 ☐ 210-210 ☐ 211-211 ☐ 212-212 ☐ 213-213 ☐ 214-214 ☐ 215-215 ☐ 216-216 ☐ 217-217 ☐ 218-218 ☐ 219-219 ☐ 220-220 ☐ 221-221 ☐ 222-222 ☐ 223-223 ☐ 224-224 ☐ 225-225 ☐ 226-226 ☐ 227-227 ☐ 228-228 ☐ 229-229 ☐ 230-230 ☐ 231-231 ☐ 232-232 ☐ 233-233 ☐ 234-234 ☐ 235-235 ☐ 236-236 ☐ 237-237 ☐ 238-238 ☐ 239-239 ☐ 240-240 ☐ 241-241 ☐ 242-242 ☐ 243-243 ☐ 244-244 ☐ 245-245 ☐ 246-246 ☐ 247-247 ☐ 248-248 ☐ 249-249 ☐ 250-250 ☐ 251-251 ☐ 252-252 ☐ 253-253 ☐ 254-254 ☐ 255-255 ☐ 256-256 ☐ 257-257 ☐ 258-258 ☐ 259-259 ☐ 260-260 ☐ 261-261 ☐ 262-262 ☐ 263-263					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, 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) acima, e por mim assinado(s), 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.

49-0689-65

[illegible]

~~Dr. Diego Adrián Riccio~~

Cirurgião Dentista
CRO 121025