



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão de Guia 12/4/10 16/12/01	4-Dia de Autorização 10/4/10 7/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7660176	7-Data Validade da Senha 12/2/10 9/12/01
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

13-Nome KATIA REGINA NUNES PEREIRA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
11-Data Validade da Carteira __/__/__	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
15-Nome do titular do plano KATIA REGINA NUNES PEREIRA	14-Telefone (__ __) __ __ __ __ __ __
13-Nome KATIA REGINA NUNES PEREIRA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
11-Data Validade da Carteira __/__/__	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
15-Nome do titular do plano KATIA REGINA NUNES PEREIRA	14-Telefone (__ __) __ __ __ __ __ __
9-Plano POS REDE PRESTADORA	8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 5 1 6 8 0 1
13-Nome KATIA REGINA NUNES PEREIRA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
11-Data Validade da Carteira __/__/__	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA
15-Nome do titular do plano KATIA REGINA NUNES PEREIRA	14-Telefone (__ __) __ __ __ __ __ __
9-Plano POS REDE PRESTADORA	8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 5 1 6 8 0 1

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSECLER ILAUDECYR RIVA	18-Número no CRQ 55149	19-UF SP	20-Código CBO 5
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 117162411918141111	22-Nome do Contratado Executante ROSECLER ILAUDECYR RIVA	23-Número no CRQ 55149	24-UF SP	25-Código CNIES
26-Nome do Profissional Executante ROSECLER ILAUDECYR RIVA	27-Número no CRQ 55149	28-UF SP	29-Código CBO 5	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	10/11/2024
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	6100
47-Valor Total R\$	000
48-Total Fianquia / Co-participação R\$	000

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(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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observation

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Deputado Solicitante 10/4/11 07/11 2020 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Donatário 10/4/11 07/11 2020 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/4/11 07/11 2020 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	---	---