



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



406939

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406914	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 2 9 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 80039963	7-Data Validade da Senha 2 6 / 0 1 / 2 1
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 4 1 2 8 0 1			9-Piano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome WALDEMAR ANTONIO GABRIEL			10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
14-Endereço 03/02/1964			11-Data Validade da Carteira 15-Nome do titular do plano WALDEMAR ANTONIO GABRIEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOSE RIBEIRO DE FREITAS NETO		18-Número no CRO 38732	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 9 9 2 7 9 1 8 6 9		22-Nome do Contratado Executante JOSE RIBEIRO DE FREITAS NETO		19-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante JOSE RIBEIRO DE FREITAS NETO		27-Número no CRO 38732		20-Código CRO S 24-UF SP	
28-UF SP		29-Código CRO S		25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régula	34-Face	35-Clif
1-0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1
2-0 0					1 2 2 0 0
3-0 0					0 0 0
4-0 0					
5-0 0					
6-0 0					
7-0 0					
8-0 0					
9-0 0					
10-0 0					
11-0 0					
12-0 0					
13-0 0					
14-0 0					
15-0 0					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Tipo de Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$					
49-Valor Total R\$					
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					

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, 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-Observação