



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



915376
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/03	4-Data de Autorização 2/9/03	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9703713	7-Data Validade da Guia 11/9/06
--------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020251055060074112011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ADALTO ROGERS DIOGO	20/04/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ADALTO ROGERS DIOGO
--------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	18-Número no CRO 138944	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (R) 8520015-21
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14169743855	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	23-Número no CRO 138944	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	27-Número no CRO 138944	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fase	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 2 0 0 1 1 5				21	1	3 8 5 0 0		0 0 0 0		11/03/02
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

CLEA ODONTO

RUA: CAJUTO, 57

TEL.: 3473-6655

43-Data Recebimento do Tratamento 15/03/02	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 Quantitativo US 3 8 5 0 0	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) 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-Observação

Gabriela S. Cruz Goes
Cirurgiã Dentista
CROSP 138944

Cirurgiã Dentista
CROSP 138944

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/03/02	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/03/02	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/03/02	53-Data, local e Assinatura da Empresa 15/03/02
---	---	---	--