



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

|                                                                     |                                              |                                        |                                         |                                      |                                                        |                         |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                            | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 8 / 1 0 / 2 0 | 4-Data de Autopreenchimento<br>/ / / / | 5-Sentença<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO     | 6-Número da Guia Principal<br>406821 | 7-Data Validade da Sentença<br>2 6 / 0 1 / 2 1         | 406821 ✓<br>INTERCÂMBIO |
| 8-Endereço do Beneficiário<br>0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 0 2 4 3 0 2 |                                              |                                        | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA          |                                      | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                 |                         |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 0 2 4 3 0 2       |                                              |                                        | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / / |                                      | 12-Número da Carteira Nacional de Saúde                |                         |
| 13-Nome<br>FABIO RICARDI SYSAK                                      |                                              |                                        | 14-Telefone<br>( 1 3 ) 3 4 2 4 2 9 3 6  |                                      | 15-Nome do titular do plano<br>ELINES MARTINS DA SILVA |                         |
| 06/02/1976                                                          |                                              |                                        |                                         |                                      |                                                        |                         |

|                                                  |                  |
|--------------------------------------------------|------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento: |                  |
| 17-Nome do Profissional Solicitante              | 18-Nome do CBO   |
| 19-UF                                            | 20-Código CBO S  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF              | 22-Número no CRO |
| 23-Nome do Contratado Executante                 | 24-UF            |
| 25-Nome do Profissional Executante               | 26-Código CNE S  |
| 27-Número no CRO                                 | 28-UF            |
| 29-Código CBO S                                  | 30-UF            |

[illegible]

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 todos os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

Dr Gregon J Avino  
CRC 414.293  
5/6 778-58

Dr Gregon J Avino  
CRC 414.293  
5/6 778-58

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

28/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável

28/10/20

52-Data, local e Cambio da Empresa

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_