

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1827682  
INTERCÂMBIO

|                          |  |  |                       |                                       |   |
|--------------------------|--|--|-----------------------|---------------------------------------|---|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>  2   5   /   0   3   /   2   4 | 4-Data de Autorização<br>  2   5   /   0   3   /   2   4 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>1827682 | 7-Data Validade da Senha<br>  2   3   /   0   6   /   2   4 |
|--------------------------|--|--|-----------------------|---------------------------------------|---|

## Dados do Beneficiário

13-Nome  
**JUNIOR RODRIGUES DA SILVA**

09/03/1986

Nome do titular do plano  
**UNIOR RODRIGUES DA SILVA**

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

16-Atendimento a RN  
N  
17-Nome do Profissional Solicitante  
**LUIS DANIEL ZANELLA**  
18-Número no CRO  
**25332**  
19-UF  
**RS**  
20-Código CBO S  
**025 -**

31 Código na Operadora / CNB / CBF

|                                    |                  |                 |                           |
|------------------------------------|------------------|-----------------|---------------------------|
| 27-Código no CBO profissional      | 28-Número no CRO | 29-Código CBO S | Enviar - RX               |
| ZADA ODONTOLOGIA LTDA              | 27500            | RS              | (I) 85100218 (I) 85100218 |
| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF           | (I) 85100218 (I) 85100218 |
| LUIS DANIEL ZANELLA                | 25332            | RS              | (I) 85100218 (I) 85100218 |

025 -

Enviar - RX

(I) 85100218 (I) 85100218

(I) 85100218 (I) 85100218

1) 85100218

(I) 85100218 (I) 85100218

II) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Observeaçõe

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