



2-Nº

Fragebogen zur Datenverarbeitung

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/12/04		4-Data de Autorização 10/14/05		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7522198		7-Data Validade da Senha 12/11/07		307793 INTERCÂMBIO																													
Dados do Beneficiário																																									
8-Número da Carteira 1002020251050600633702				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Contrato Nacional de Saúde 12-Número do Contrato Nacional de Saúde																											
MARIAN NICOLAS LOPES				14/09/1978				14-Teléfono (11) 1466314003				15-Nome do titular do plano MARIAN NICOLAS LOPES																													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																									
16-Avendoimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO		18-Número no CRO 121025		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa																															
21-Código na Operadora CHUPI / CPF 13131891131826		22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO		23-Número no CRO 121025		24-UF SP		25-Código ONU\$																																	
26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO		27-Número no CRO 121025		28-UF SP		29-Código CBO S																																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														33-Franquia/Co-participação R\$		34-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura																					
30-Tabela		31-Código de Procedimento		32-Descrição		33-Diagnóstico Registo		34-Fase		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura																			
1-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		36000		0000		0000		0000		0000		0000		0000		0000																			
2-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		36000		0000		0000		0000		0000		0000		0000		0000																			
3-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		36000		0000		0000		0000		0000		0000		0000		0000																			
4-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		36000		0000		0000		0000		0000		0000		0000		0000																			
5-																																									
6-																																									
7-																																									
8-																																									
9-																																									
10																																									
11																																									
12																																									
13																																									
14																																									
15																																									
43-Data Previsão Término do Tratamento														44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$																			
11/11/11														1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		11441000		11441000		11441000																			
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 pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																									
49-Observação																																									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solícitante 10/14/05 11/21														51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/14/05 11/21														52-Data, local e Assinatura da Empresa 10/14/05 11/21													
Diego Adriano Ricardo														Diego Adriano Ricardo														Diego Adriano Ricardo													
Cirurgião Dentista														Cirurgião Dentista														Cirurgião Dentista													
CRO 121025														CRO 121025														CRO 121025													