



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

364071  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	2-Data de Emissão da Guia 12/16/10/18/12/10	3-Sinistro AUTORIZADO	4-Data de Autorização 10/11/09/12/10	5-Número da Guia Principal 7821834	6-Data Validade da Guia 12/14/11/12/10
Dados do Beneficiário					
7-Número do Cartão 10102021494981000101	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Data 26/09/1973	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROSILENE DOS SANTOS RODRIGUES PEREIRA					
14-Telefone (11) 31516777491					
15-Nome do titular do plano ROSILENE DOS SANTOS RODRIGUES PEREIRA					
Dados do Contratante/Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-UF SP	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 133389139826	22-Nome do Contratado/Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRC 121025	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	27-Número no CRC 121025	28-UF SP	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Recs	35-Cuantidade US
	1-00185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	13600
	2-00185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3600
	3-00185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3600
	4-00185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3600
	5- / / /				
	6- / / /				
	7- / / /				
	8- / / /				
	9- / / /				
	10- / / /				
	11- / / /				
	12- / / /				
	13- / / /				
	14- / / /				
	15- / / /				
36-Franquia/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
1-00185301047			S104/09/20		
2-00185301047			S104/09/20		
3-00185301047			S104/09/20		
4-00185301047			S104/09/20		
5- / / /					
6- / / /					
7- / / /					
8- / / /					
9- / / /					
10- / / /					
11- / / /					
12- / / /					
13- / / /					
14- / / /					
15- / / /					
41-Moeda da Guia 42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Qualificação US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ler e 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)					
52-Data, local e Assinatura da Empresa					

Dr. Diego Adriano Ricardo  
Cirurgião Dentista  
CRO 121025

10/19/10/19/12/10

10/19/10/19/12/10

10/19/10/19/12/10

10/19/10/19/12/10