



1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 4/12/11		5-Serina AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8514252		7-Data Validade da Serina 12/2/10 17/12/11		531949 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 10102025369866000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome RODRIGO RAMOS DA SILVA										14-Teléfono (11) 11111111			
15-Nome do titular do plano RODRIGO RAMOS DA SILVA													
16-Atendimento a RN N										17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO			
21-Código na Operadora CNPJ / CPF 131338191139826111		22-Nome do Contratado Exercente DIEGO ADRIANO RICARDO		18-Número no CRO 121025		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa			
23-Número no CRO 121025										24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Exercente DIEGO ADRIANO RICARDO										27-Número no CRO 121025		28-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela 314-Código do Procedimento 10018110000301										32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Quantidade US 1	
34-Faixa 35-Cid 36-Quantidade US 34000										37-Valor 000		38-Franquia / Co-participação R\$ 000	
39-Dente/Rugão 1										40-Data de Realização 13/10/11		41-Motivo da Guia 42-Validade	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11										44-Tipo de Atendimento 11		45-Exame Radiológico 1	
46-Tipo de Tratamento 11										47-Valor Total R\$ 34000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000	
Declaro, que após ler 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), 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 10/3/10 15/12/11										51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/3/10 15/12/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/10 15/12/11	
Dr. Diego Adriano Ricardo CRO 121025													