

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º

324342
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/15/10 16/12/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7633525	7-Data Validade da Santa 11/13/10 19/12/10
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Pedidos do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210212518861410000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS ALBERTO DOS SANTOS	10/05/1959	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular no plano ADRIANA DOS SANTOS SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R/A N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-Número no CRO 121025	19-UF SP	20-Código CBO 5	25-Código CNEC	29-Código CBO S	37-Valor	38-Quantidade US	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 133389113982161111	22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRO 121025	24-UF SP	26-Código CBO 5	27-Número no CRO 121025	28-UF SP	025 -			13/13/10 16/12/10	<i>Diego</i>
28-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO							Faturar Empresa				

Plano de Tratamento / Propriedades Específicas

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rogão	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Quantidade US	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-001	8110100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,1000	0,1000		13/13/10 16/12/10	<i>Diego</i>
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Atendimento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1113410101	47-Valor Total R\$ 1113410101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1113410101
--	--	---	--------------------------------------	----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/13/10 16/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/13/10 16/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/13/10 16/12/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/13/10 16/12/10
--	--	--	---

Dr. Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO-124025