

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 4064 14 3-Dia de Emissão da Guia 10/19/10 19/12/10 4-Data de Autorização 11/14/10 19/12/10 5-Senha AUTORIZADO 7566162 6-Número da Guia Principal 372130 INTERCÂMBIO

Endereço do Beneficiário

8-Número da Carteira

10/12/02 15/3/17 14/6/4/0/0/0/0/1/0/1/1

6-Plano

POS REDE PRESTADORA

13-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validada na Carteira

11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RAFAEL JOSE DA SILVA CANDIDO

14-Telefone

15-Nome da titular do plano RAFAEL JOSE DA SILVA CANDIDO

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Avulso a R\$ 17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO

18-Número no CRO 121025

19-UF SP

20-Código CBO 5

025 -

Faturar Empresa

21-Código de Operação CNAJ CFE

13/13/13/8/9/1/1/3/9/8/2/6

22-Nome do Contratado Executante

DIEGO ADRIANO RICARDO

23-Número no CRO 121025

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

DIEGO ADRIANO RICARDO

27-Número no CRO 121025

28-UF SP

29-Código CBO 5

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rolagem	34-Item	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3 6 10 10	0 10 10	5117/1008/1201	Refe			
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3 6 10 10	0 10 10	5117/1008/1201	Refe			
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3 6 10 10	0 10 10	5117/1008/1201	Refe			
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3 6 10 10	0 10 10	5117/1008/1201	Refe			
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
6-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Estado Paciente 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Pagamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1144,10

47-Valor Total R\$

10,10

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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(ram) 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, compondo-o com o valor previsto em contrato.

49-Observação

50-Sign, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/10/2010

51-Sign, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/10/2010

52-Sign, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/10/2010

53-Sign, local e Carimbo da Empresa

11/10/2010

54-Sign, local e Assinatura do Profissional

11/10/2010

Cirurgião Dentista

CRO 124025