

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

426092
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 40614	3-Data de Emissão da Guia 12/14/11/11/12/10	4-Data de Autorização 10/12/11/12/12/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8083046	7-Data Validade da Santa 12/12/10/12/12/11
-------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012101253311831800001010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade na Carteira 11/11/11/11/11	12-Número de Contrato Nacional da Saúde
13-Nome MARIA NIDE DE JESUS OLIVEIRA	14-Teléfono (11) 1111111111	15-Data Validade no plano MARIA NIDE DE JESUS OLIVEIRA		

Dados de Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abastecimento a RUI N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-Número no CRO 121025	19-UF SP	20-Código CBO 5
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131313181911319182161111	22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRO 121025	24-UF SP	25-Código CBO 5
26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	27-Número no CRO 121025	28-UF SP		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rodizio	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mostrar da Guia 42-Assinatura
1-01018530100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	11	13	16	100	000	000	00	08/12/12	426092
2-01018530100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	11	13	16	100	000	000	00	08/12/12	426092
3-01018530100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	11	13	16	100	000	000	00	08/12/12	426092
4-01018530100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	11	13	16	100	000	000	00	08/12/12	426092
5-11111111111111											
6-11111111111111											
7-11111111111111											
8-11111111111111											
9-11111111111111											
10-11111111111111											
11-11111111111111											
12-11111111111111											
13-11111111111111											
14-11111111111111											
15-11111111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Tratamento 11111111111111	45-Tipo de Tratamento 11111111111111	46-Tipo de Tratamento 11111111111111	47-Valor Total R\$ 11111111111111	48-Total Franquia - Co-participação R\$ 11111111111111
--	---	---	---	--------------------------------------	---

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 este 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/18/11/12/12/12	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/18/12/12/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/18/12/12/12	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/18/12/12/12
--	---	---	---

Dr. Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 121025