

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ºº

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 18/10/2016 4-Data de Autorização 12/14/10/16/12/01 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7643191 7-Data Validade da Guia 11/6/10/19/12/01 326316 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10-02-02-52-87-2-07-0-0-0-0-0-1-0-1 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-11/11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome EMMANUELY SILVA GONCALVES 14-Telefone 15-15/12/1992 15-Nome do titular do plano EMMANUELY SILVA GONCALVES

16-Avaliação a R\$ 17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO 18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 133389139826 19-Número no CRO 121025 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 133389139826 22-Nome do Contratado, Executante DIEGO ADRIANO RICARDO 23-Número no CRO 121025 24-UF SP 25-Código CNES 26-UF SP 27-Número no CRO 121025 28-UF SP 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-44

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0	018520100166	TRATAMENTO ENDODONTICO	44	1	1	258,00	0,00	0,00	1	12/15/16/12/01	Emmanuelly S.g.
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Cala Previsão Tâmino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Toda Quantidade US	49-Toda Quantidade R\$	50-Toda Quantidade R\$	51-Toda Quantidade R\$	52-Toda Quantidade R\$	53-Toda Quantidade R\$	54-Toda Quantidade R\$
11/11/11/11	1	1	1	1258,00	1	1258,00	1	1	1	1	1

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), 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 12/15/10/16/12/01
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/15/10/16/12/01 Emmanuelly
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/15/10/16/12/01 Dr. Diego Adriano Ricardo
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/15/10/16/12/01 Cirurgião Dentista
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/15/10/16/12/01 CRO 121025