

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08 11/20	4-Data de Autorização 12/11/08 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7807167	7-Data Validade da Senha 11/01/11 11/20	361177 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 0102025110550160110853011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome MARIA DO CARMO MAGALHAES BOTELHO	14-Telefone (11) 15842119140	15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMO MAGALHAES BOTELHO
---	---------------------------------	---

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-Número no CRO 121025	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

21-Código da Operadora / CNPJ / OPE 13131819113918261111	22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRO 121025	24-UF SP	25-Código CHES
---	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	27-Número no CRO 121025	28-Código CBO S	29-UF SP
---	----------------------------	-----------------	-------------

Plano de Tratamento: Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rugina	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0	018533000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/08	12/11/08
2-0	018533000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/08	12/11/08
3-0	018533000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/08	12/11/08
4-0	018533000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	12/11/08	12/11/08
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 114410,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	-------------------------------------	----------------------------	---

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) desortado(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 Responsável 12/11/08 11/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08 11/20	52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/11/08 11/20	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/08 11/20
---	---	--	---

Dr. Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 121025