



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 00/03/06	4-Data de Autorização 05/06/06	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7609870	7-Data Validade da Sentença 01/09/12	319824 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0002025302193000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 01/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LARISSA PEREIRA DE ALMEIDA SOUZA						
14-Telefone ()						
15-Nome do titular do plano LARISSA PEREIRA DE ALMEIDA SOUZA						
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento						
16-Aliamento a RIN 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 na Operadora / CNPJ / CPF 1313181911398126	22-Nome do Contratado Exercente DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRO 121025	24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Exercente DIEGO ADRIANO RICARDO	27-Número no CRO 121025	28-UF SP	29-Código CBO S			
Placa de Tratamento / Procedimento Solicitado						
30-Tabela 1-0108110000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Régio 34-Sex 35-Quantidade US 36-Valor	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut 40-Dia da Realização 17/06/10	41-Motivo da Glor 42-Assinatura Larissa
2-1						
3-1						
4-1						
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsto Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Exame Radiológico	47-Exame Radiológico	48-Tipo de Atendimento	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$
1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	10100	10100

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.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 17/06/10	Dr. Diego Adriano Ricardo Cirurgião Dentista CRO 121025
---	---	--	---