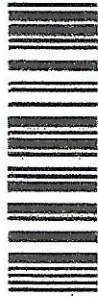


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2º Nº

385023
INTERCÂMBIO

7-Data Validada da Senha
12/11/12 11/2 10

6-Número da Guia Principal
7913444

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
13/10/19 11/2 10

3-Data de Emissão da Guia
12/8/10 19 11/2 10

1-Registro AMS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010120253131401000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validada da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FELIPE BARBOSA FERREIRA

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
FELIPE BARBOSA FERREIRA

16-Atendimento a RN
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
13131313111319812161111

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-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fuso	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Minuto da Glosa 42-Assinatura
1-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/12	11/2 10	
2-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/12	11/2 10	
3-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/12	11/2 10	
4-01018531000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/12	11/2 10	
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
11441010

47-Valor Total R\$
1011121112

48-Total Franquia / Co-participação R\$
11111111

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/10 11/2 10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/10 11/2 10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/10 11/2 10

53-Data, local e Assinatura da Empresa
10/11/10 11/2 10

Dr. Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO-121025