



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 4063414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 13/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7926459	7-Data Validade da Senha 13/11/2012	387981 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
10-Endereço BRENDA DE OLIVEIRA		11-Data Validade da Contra 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome BRENDA DE OLIVEIRA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome da titular do plano BRENDA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO		18-Número no CRO 121025		19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1313181911398216		22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO		23-Número no CRO 121025		24-UF SP
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/Régulo	34-Sexo	35-Cid	36-Fratura/Ce-patibação R\$
1-001811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA				37-Valor
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-Tipo de Tratamento		46-Tipo de Exame Radiológico		47-Tipo de Emergência
1-1		1-1		3-3		4-4
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, assino 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(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.						
48-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Assinatura da Empresa						
Dr. Diego Adriano Ricardo Cirurgião Dentista CRO 121025						