

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/19/10/19/12/10	3-Data de Autorização 11/16/10/19/12/10	4-Atividade AUTORIZADO	5-Serviço AUTORIZADO	6-Atividade da Guia Principal 7856041	7-Data Validade da Guia 10/18/11/12/12/10	372106 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 10/02/10/12/5/2/7/3/4/0/0/0/0/0/0/1/0/1/1				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11
12-Nome CICERO ALVES DOS SANTOS				13-Data 26/05/1978		14-Telefone (11) 1111-1111	
15-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento DIEGO ADRIANO RICARDO				16-Data 26/05/1978		17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	
18-Endereço a RN N				19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13/33/8/9/13/9/8/2/1/1				22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO		23-Número no CRO 121025	
24-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO				25-Número no CRO 121025		26-Código CBO S 121025	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diário/Régulo	34-Faixa	35-Quantidade US	36-Franquia/Co-participação R\$	37-Valor
1-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	13,16,10,0	0,10,0	10/12/10
2-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,16,10,0	0,10,0	10/12/10
3-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,16,10,0	0,10,0	10/12/10
4-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,16,10,0	0,10,0	10/12/10
5-1							
6-1							
7-1							
8-1							
9-1							
10-1							
11-1							
12-1							
13-1							
14-1							
15-1							
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$		
11/11/11	1-1	1-1	11441010	11441010	11441010		

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 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 13/16/10/19/12/10	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/16/10/19/12/10	52-Data, local e Assinatura da Empresa 13/16/10/19/12/10

Dr. Diego Adriano Ricardo
Cirurgião Dentista
CRO 121025