



1 - Registro ANS 401871	3 - Data de Emissão da Guia 14/01/2013	4 - Data de Autorização 14/01/2013	5 - Senha a6xhR0nO	6 - Data de Validade da Senha 13/02/2013	7 - Número Guia Principal 40.000.497
----------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---	---

Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0 0 0 0 30200181006267	9 - Plano MASTER II	10 - Empresa PARTICULARES	11 - Data Validade da Carteira	12 - Núm. Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome USUARIO TITULAR	14 - Telefone	15 - Nome do Titular do Plano USUARIO TITULAR			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratament					
16 - Nome do Profissional Solicitante DENTISTA	17 - Número do CRO	18 - UF	19 - Código CBOS		
20 - Código na Operadora 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0074	21 - Nome do Contratado Executante DENTISTA	22 - Número do CRO 1140	22 - UF SP	24 - Código CNES	
25 - Nome do Profissional Executante	26 - Número do CRO	26 - UF	28 - Código CBOS		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados											
29 - Tabela	30 - Código Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente / Renião	33 - Face(s)	34 - Qtd.	35 - Qtd. UIS	36 - Valor R\$	37 - Franquia / Co-Participação	38 - Aut	39 - Data de Realização	40 - Assinatura
1	00	84000198	Profilaxia: polimento coronário		1	62.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	S	/ /	
2	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
3	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
4	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
5	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
6	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
7	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
8	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
9	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
10	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
11	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
12	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
13	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
14	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
15	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
16	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	
17	00				0	0.00	R\$ 0,00	R\$ 0,00		/ /	

41 - Data Término Tratamento / /	42 - Tipo de Atendimento (0 0) 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 5-Auditor	43 - Tipo de Faturamento () T - Total P - Parcial	44 - Total Qtd. US 62	45 - Valor Total R\$ 0,00	46 - Total Franquia/Co-Participação R\$ R\$ 0,00
-------------------------------------	--	---	--------------------------	------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima prestados, 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) descritos acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizados(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 em contrato.

47 - Observações: Núcleo do Prestador: Ribeirao Preto			
48 - Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante / /	49 - Data, Local e Assinatura do Contratante Executante / /	50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsáve / /	51 - Data, Local e Carimbo da Empresa / /