

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

739897
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 0 / 2 1	4-Data de Autorização 2 0 / 1 0 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9171744	7-Data Validade da Senha 1 2 / 0 1 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 0 4 5 4 0 0 0 0 1 0 2		11-Data Validade da Carteira / /			

13-Nome NICOLAS HENRIQUE DA SILVA DOURADO RIBEIR		14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano DINO CESAR DOURADO RIBEIRO	
---	--	------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 3 1 2 9 2 4 0 3 8 3 9		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		27-Número no CRO 61320		28-UF SP		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	20/10/21	
2-0	0181400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR	1	1	1	7,20	0,00	0,00	S	20/10/21	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 0 6 0 0	47-Valor Total R\$	48-Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	-------------------------------------	--------------------	-----------------------------------

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 20/10/21	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/21	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/21	53-Data local e Carimbo da Empresa 20/10/21
--	--	--	--

Dr. Ricardo Ferraresi
CD, Periodontista
CRO-SP 61320/CRO-MS 3276