

1-Registro ANS 406414

1151011211

4-Data de Autização 16/10/1

AUTORIZADO

8198495

1	5	0	4
---	---	---	---

454347
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N

[illegible]

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

[illegible]

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.

49-0bervacdo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Contorno da Empresa
18/07/2022	18/07/2022	18/07/2022	18/07/2022

Dr. Ricardo Ferraresi

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