

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



521844
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/10 14/12/11	4-Data de Autorização 11/04/12 11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8476809	7-Data Validade da Senha 11/12/10 17/12/11
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1010201253642866000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCEL EDUARDO EFFORI	14-Teléfono 18/03/1972	15-Nome do titular do plano LENI MADALENA PEREIRA EFFORI		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11312912403839	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI	23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI	27-Número no CRO 61320	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1-100	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	161,00	0,00	19,04	21	19/04/21	
2-100	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	161,00	0,00	19,04	21	19/04/21	
3-100	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	161,00	0,00	19,04	21	19/04/21	
4-100	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	161,00	0,00	19,04	21	19/04/21	
5-100	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	161,00	0,00	19,04	21	19/04/21	
6-100	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	0,00	19,04	21	19/04/21	
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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/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.

43-Observação	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 366,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---------------	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/04/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/04/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/04/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/04/21
---	---	---	---

Dr. Ricardo Ferraresi
CD. Perfeccionista
CRO-SP 61320/RO-MS 3276