

[illegible]

2-Nº

|                                                                        |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                               |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 2 2 1 1 2 2 2 1 1 |  | 4-Data de Autorização<br>2 2 2 1 1 2 2 2 1 1 |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO |  | 6-Número da Guia Principal<br>9429122 |  | 7-Data Validade da Senha<br>2 2 2 1 0 3 1 2 2 2 |  | 8-50701<br>INTERCÂMBIO |  |
| Dados do Beneficiário                                                  |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 4 3 4 7 0 0 0 0 0 1 0 1 1          |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 13-Nome<br>DANIELI DE SOUZA NASCIMENTO ANDRADE                         |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 13-Data<br>13/07/1989                                                  |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                   |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / / / /                            |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                  |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 15-Nome do titular do plano<br>DANIELI DE SOUZA NASCIMENTO ANDRADE     |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 14-Telefone<br>( ) / / / / / /                                         |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 18-Número no CRO<br>61320                                              |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 19-Uf<br>SP                                                            |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa                            |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 22-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento<br>RICARDO FERRARESI |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 3 2 9 2 4 0 3 8 3 9           |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RICARDO FERRARESI                |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 27-Número no CRO<br>61320                                              |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 28-Uf<br>SP                                                            |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 29-Código CBO S                                                        |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 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                                       |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |
| 43-Data Previsão 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\$                                |  |                                                  |  |                                              |  |                       |  |                                       |  |                                                 |  |                        |  |

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/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 correspondentes a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

2-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

RICARDO FERRARESI  
CD. PERIODONTISTA  
CRO-SP 61320