

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



456035
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/11/21	4-Data de Autorização 19/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8205383	7-Data Validade da Senha 18/10/14/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0102102153432330101010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ANA PAULA VITORIO DE LIMA		14-Teléfono 27/04/1983		15-Nome do titular do plano ANA PAULA VITORIO DE LIMA	
16-Atendimento a RN RICARDO FERRARESI		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		18-Número no CRO 61320 SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113292403839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320 SP	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		27-Número no CRO 61320 SP		28-UF SP	
29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Código CBO S	

30-Tabela 1100851001196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 44 D	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 61,00	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 19/10/11/2021	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 44
----------------------------	------------------------------------	-------------------------	--------------	-------------	---------------------------	------------------	---	-------------	--	--

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Falamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					

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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a 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 assistente que assina esse documento, os valores

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

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

44 (007)