

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



526644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/04/21	4-Data de Autorização 19/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8495520	7-Data Validação da Senha 18/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202537223300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ALEXANDRE DE OLIVEIRA		14-Telefone 11/11/1987		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/04/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/04/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/04/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/04/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/04/21		
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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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 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 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. Periodontista CRO-SP 61320 CRO-MS 3276
---	---	---	---	--