

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

828533
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 4 / 0 1 / 2 2		4-Data de Autorização 0 5 / 0 1 / 2 2		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9436625		7-Data Validade da Sanha 0 4 / 0 4 / 2 2	
Dados do Beneficiário						12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 2 5 3 7 5 4 5 4 0 0 0 0 0 1 0 1						10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
13-Nome CAROLINE RIZZI PAULINO						11-Data Validade da Carteira / /					
14-Telefone () / /						15-Nome do titular do plano CAROLINE RIZZI PAULINO					
16-Atendimento a RN N						18-Número no CRO 61320					
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI						19-UF SP					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 2 9 2 4 0 3 8 3 9						20-Código CBO S 025 -					
22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI						24-UF SP					
23-Número no CRO 61320						25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI						28-UF SP					
27-Número no CRO 61320						29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0 0 0 8 1 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		3 4 0 0		37-Valor	
2-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		3 6 0 0		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		3 6 0 0		39-Aut	
4-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		3 6 0 0		40-Data de Realização	
5-0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL								41-Motivo da Glosa	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista 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\$	
/ /		1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		1- Total 2- Parcial		1 1 7 8 0 0		0 0 0 0		/ / /	

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 14/01/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa RICARDO FERRARESI CD-PERIODONTISTA CRO-SP 61320
---	---	---	--