

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



603617
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/06	4-Data de Autorização 13/01/07	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8761819	7-Data Validade da Senha 28/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025394815000001013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KEMELLY SANTOS DE SOUSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIZANGELA GIL SANTOS DIAS		

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	25-Código CNES	
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	13/07/21		Kemelly
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/07/21		Kemelly
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/07/21		Kemelly
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/07/21		Kemelly
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/07/21		Kemelly
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\$ 5340,00	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 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 13/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/07/21
---	---	---	---

Dr. Ricardo Ferraresi
CD. Periodontista
CRO-SP 51111 CRO-MS 3276