

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 1 1 / 0 1 / 2 1 1	4-Data de Autorização 1 3 / 1 1 / 0 1 / 2 1 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9163917	7-Data Validade da Senha 1 1 / 1 0 / 1 1 / 2 1 2	737481 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 1 0 0 2 0 1 2 5 3 1 9 8 0 1 0 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Telefone () / / / / /		15-Nome do titular do plano MARCOS ISAIAS FRADA	
13-Nome MARCOS ISAIAS FRADA		23/08/1978					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		18-Número no CRO 61320		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 2 9 2 4 0 3 8 3 9		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 Class 42-Assinatura	
1-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		3 6 1 0 0		0 1 0 0		0 1 0 0		S 13 / 11 / 0 1 / 2 1 1		x 000							
2-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		3 6 1 0 0		0 1 0 0		0 1 0 0		S 13 / 11 / 0 1 / 2 1 1		x 000							
3-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		3 6 1 0 0		0 1 0 0		0 1 0 0		S 13 / 11 / 0 1 / 2 1 1		x 000							
4-0 0 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		3 6 1 0 0		0 1 0 0		0 1 0 0		S 13 / 11 / 0 1 / 2 1 1		x 000							
5- / / / / /																							
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 1 4 1 4 1 0 1 0		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), foforam 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 13/11/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2011 x wdy		53-Data, local e Carimbo da Empresa Dr. Ricardo Ferraresi CD-Periodontista CRO-SP 61320/CRO-MS 3276	
---	--	---	--	---	--	--	--