



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

568896
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/05/12/1	4-Data de Autorização 10/7/10/6/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8647498	7-Data Validade da Senha 29/10/8/12/1
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / / / /
8-Número da Carteira 00202537822500000101			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ANA APARECIDA BRAZ LEITE			14-Telefone () - - - - -		
10/06/1961			15-Nome do titular do plano ANA APARECIDA BRAZ LEITE		
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
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
30-Faturar Empresa					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	7300	000
2-					
3-					
4-					
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 7300		47-Valor Total R\$ 0,00		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 07/06/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/06/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/06/21 Ana pa - RS	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/06/21		Dr. Ricardo Ferraresi CD. Periodontista CRO-SP 61320/CRO-MS 3276			