

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

836644
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

1	2	0	4	1	2	2
---	---	---	---	---	---	---

6-Número da Guia Principal
94579895-Senha
AUTORIZADO4-Data de Autorização
1.7.0.1.02.213-Data de Emissão da Guia

1-Registro ANS

400414	Nome do Beneficiário	002021502901100007301	9-Plano	POS REDE PRESTADORA	10-Empresa	SERV DE ESCAVACOES E TRANSP	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome	JOSE ANDRADE DA SILVA	27/11/1964	14-Telefone	() - - - - -	15-Nome do titular do plano	JOSE ANDRADE DA SILVA		

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200		20-Código CBO S	19-UF SP	18-Número no CRO 61320	25-Código CNES
24-UF SP		23-Número no CRO 61320	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1132921403839	26-Nome do Profissional Executante
25-UF SP	27-Número no CRO 61320	26-Nome do Profissional Executante	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES	18-Número no CRO 61320

[illegible][illegible]

☐ 1-Total ☐ 2-Parcial

☐ 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

☐ / ☐ / ☐ / ☐ / ☐ / ☐

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 devidos pelo tratamento, de acordo com o valor com os custos conforme previsto em contrato.

referentes ao planejamento estratégico, social, econômico e ambiental da organização.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/8/10/1/1/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/8/10/1/1/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/8/10/1/1/22	53-Data, local e Carimbo da Empresa	11/8/10/1/1/22
---	----------------	---	----------------	---	----------------	-------------------------------------	----------------

53-Data local e Carimbo da Empresa

~~RICARDO FERRARESI~~
~~CD. PERIODONTISTA~~
~~CRO-SP 61320~~