

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/12/11 4-Data de Autorização 03/11/11 01/12/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9227114 7-Data Validade da Senha 12/5/11 01/12/11 759811 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10020202543183200000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JOELMA COELHO 14-Teléfono 15-Data 15/09/1995 15-Nome do titular do plano JOELMA COELHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113219124031839 22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI 26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI 18-Número no CRO 61320 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 23-Número no CRO 61320 24-UF SP 25-Código CNES 27-Número no CRO 61320 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														44-Tipo de Atendimento									
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-	0	0	0	8	1	0	0	0	6	5			1								03/11/21		Joelma
2-	0	0	0	8	5	3	0	0	4	7			1								03/11/21		Joelma
3-	0	0	0	8	5	3	0	0	4	7			1								03/11/21		Joelma
4-	0	0	0	8	5	3	0	0	4	7			1								03/11/21		Joelma
5-	0	0	0	8	5	3	0	0	4	7			1								03/11/21		Joelma
6-																					03/11/21		Joelma
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 1178100 47-Valor Total R\$ 10100 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 03/11/11 01/12/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 03/11/11 01/12/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/11 01/12/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa RICARDO FERRARESI CD. PERIODONTISTA CRO-SP 61320