

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

818880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autorização 23/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9410004	7-Data Validade da Senha 16/10/13
Dados do Beneficiário			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
8-Número da Carteira 00202025429568000000102			11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ANA CRISTINA DA SILVA SANTOS			14-Telefone () / /		
16-Atendimento a RN N			15-Nome do titular do plano ADRIANO SANTOS DA SILVA		
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES			18-Número no CRO 61320		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131292403839			19-UF SP		
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES			20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES			23-Número no CRO 61320		
27-Número no CRO 61320			24-UF SP		
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
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	1
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	1
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	1
4-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	1
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 24400					
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), 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
12/12/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/12/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/12/2011

RICARDO FERRARES
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320