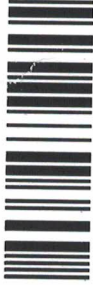


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2 4 / 0 9 / 2 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9101481		7-Data Validade da Senha 2 3 / 1 2 / 2 1	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 1 4 5 6 4 0 0 0 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PATRICIA DA SILVA		15/08/1983		14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano ANA PATRICIA DA SILVA			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		18-Número no CRO 61320		19-UF SP		20-Código CBO S	
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		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		27-Número no CRO 61320		28-UF SP		29-Código CBO S		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6		RESTAURAÇÃO RESINA		42		D		1	
2-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		44		OM		1	
3-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 1 6		RESTAURAÇÃO RESINA		21		P		1	
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 2 1 0 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	
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