

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/5/11 11/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9335294

7-Data Validade da Senha
12/3/10 21/12/11

8-Número da Carteira
0101202514372560000101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
794808
INTERCÂMBIO

13-Nome
IGOR EBERLIM DE CORILO

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
IGOR EBERLIM DE CORILO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RICARDO FERRARESI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
113292403839

22-Nome do Contratado Executante
RICARDO FERRARESI

23-Número no CRO
61320

24-UF
SP

25-Código CNES
025 -

26-Nome do Profissional Executante
RICARDO FERRARESI

27-Número no CRO
61320

28-UF
SP

29-Código CBO S
(I) 85100226
(I) 85100218

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

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	01815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	1	26,40	0,00	0	02/11/21	[Assinatura]
2-0	01815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	1	26,40	0,00	0	02/11/21	[Assinatura]
3-0	01815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IVM	1	1	26,40	0,00	0	02/11/21	[Assinatura]
4-0	01815100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIPM	1	1	26,40	0,00	0	02/11/21	[Assinatura]
5-0	01815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VPI	1	1	26,40	0,00	0	02/11/21	[Assinatura]
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/11

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
1542,00

47-Valor Total R\$
1542,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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 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-Operante
12/5/11 11/12/11 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Consultor
02/11/21 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
02/11/21 [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa
02/11/21 [Carimbo]

Dr. Ricardo Ferraresi

CD. Periodontista

CRO-SP 61320/CRO-M 3276