



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

773181
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 7 / 0 2 / 2 2

6-Número da Guia Principal
9268381

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 2 / 1 1 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
1 0 / 9 / 1 1 / 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 8 5 7 0 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
/ / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
OSVALDO OHKI JUNIOR

26/12/1971

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LILIANA ALBIERO HERMANI OHKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
RICARDO FERRARESI

22-Nome do Contratado Executante
RICARDO FERRARESI

18-Número no CRO
61320

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 3 2 9 2 4 0 3 8 3 9

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Cláusula 42-Assinatura
1-0	01810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		12/11/21	[Assinatura]
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00		0,00		12/11/21	[Assinatura]
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00		0,00		12/11/21	[Assinatura]
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00		0,00		12/11/21	[Assinatura]
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00		0,00		12/11/21	[Assinatura]
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
1 1 7 8 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/21 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/21 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/21 [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/21 [Carimbo]

RICARDO FERRARESI
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP-61320