



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

529654
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/12	4-Data de Autorização 12/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8508565	7-Data Validade da Senha 12/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202506065700215102		13-Nome LUANA SOUZA DA SILVA		14-Telefone 17/08/1989	
		15-Nome do titular do plano BRUNO VICENTINI			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839		26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI	27-Número no CRO 61320	28-UF SP
			29-Código CBO S	

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/10/12		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/10/12		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/10/12		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/10/12		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 14,00	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), 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 12/10/12		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/12		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/12		53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/12		Dr. Ricardo Ferraresi CD. Periodontista CRO-SP 61320/CRO-MS 3276	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--