



Principalidade para a empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



509267
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 2 6 / 0 3 / 2 1	3-Data de Autorização 2 9 / 0 3 / 2 1	4-Tipo de Autorização AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8425948	6-Data validade da Guia 2 4 / 0 6 / 2 1
--------------------------	--	--	-------------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 8 9 9 4 0 1	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
12-Nome MARCIA REGINA DE CAMARGO	13-Data de Nascimento 12/12/1966	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano MARCIA REGINA DE CAMARGO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Substituto RICARDO FERRARESI	18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) - CPE 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

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6 1 0 0	0 0 0		S	29/03/21		
2-												
3-												
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 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 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 29/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/03/21
---	---	---	---

Dr. Ricardo Ferraresi
CD. Periodontista
CRO-SP 61320/CRO-MS 3276