



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



781024
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 11/12/11	4-Data de Autorização 11/08/11 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9292321	7-Data Validade da Senha 11/01/12 11/12/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202528306300004801	9-Plano POS REDE PRESTADORA				
13-Nome REGINA MARIA MING MOREIRA	10-Empresa SENIOR SISTEMAS S A				
11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
14-Telefone		15-Nome do titular do plano REGINA MARIA MING MOREIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1132924103839	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES	27-Número no CRO 61320
23-Número no CRO 61320	24-UF SP
25-Código CNES 61320	28-UF SP
29-Código CBO S	30-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										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																
1-0001810100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA																	
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE																
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE																
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD																
5-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID																
6-																		
7-																		
8-																		
9-																		
10-																		
11-																		
12-																		
13-																		
14-																		
15-																		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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(ram) 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	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável	52-Data, local e Carimbo da Empresa
	11/08/11 11/12/11	11/08/11 11/12/11	11/08/11 11/12/11
RICARDO FERRARES		RICARDO FERRARES	
CRO-SP 61320		CRO-SP 61320	