



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

789985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/02/11
4-Data de Autorização 12/06/11
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 9320214
7-Data Validade da Senha 12/01/12
8-Número de Carteira 100202506065700640702
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Name ALINE MARIA FARIA
14-Telefone
15-Nome do titular do plano JOAO PAULO DE OLIVEIRA
16-Número no CRO 61320
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES
18-UF SP
19-UF SP
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839
22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES
23-Número no CRO 61320
24-UF SP
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES
27-Número no CRO 61320
28-UF SP
29-Código CBO S

Pleio de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-00	181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	12/11/11	ALINE
2-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	12/11/11	ALINE
3-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	12/11/11	ALINE
4-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	12/11/11	ALINE
5-00	185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	12/11/11	ALINE
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

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\$

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 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 Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Data, local e Carimbo de Empresa

RICARDO FERRARES
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320