

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



449963
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 11/21	4-Data de Autorização 11/08/10 11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8180652	7-Data Validade da Senha 10/08/10 11/21
8-Número da Carteira 100202510550601660602		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALDREY IALA AVILA			14-Telefone 23/11/2000 (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ELIANA CAMARGO DOS REIS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	18-Número no CRO 61320	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113292403839			22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI	23-Número no CRO 61320	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI			27-Número no CRO 61320	28-UF SP	29-Código CBO S
20-Código CBO S			025 - Faturar Empresa		

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 Cies	42-Assinatura
1	00851001915	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	61,00	0,00			10/11/2011		Aldrey Avila
2												
3												
4												
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 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 10/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2011
---------------	---	---	---	---

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