

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN°

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/10/12/11	4-Data de Autorização 06/11/11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9194215	7-Data Validade da Senha 18/10/11/12/12
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

746743
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202025429568000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA CRISTINA DA SILVA SANTOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ADRIANO SANTOS DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES	18-Número no CRO 61320	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	

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
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				06/11/11/12/11	
2-00815300147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				06/11/11/12/11	
3-00815300147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				06/11/11/12/11	
4-00815300147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				06/11/11/12/11	
5-00815300147		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				06/11/11/12/11	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto 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 178,00	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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 06/11/11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/11/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/11/12/11
---	---	---	---

RICARDO FERRARES
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320