



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

769966
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
10/3/10 12/12/2

6-Número da Guia Principal
9258729

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
06/11/11 12/11

3-Data de Emissão da Guia
05/11/11 12/11

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202528306300006401	10-Empresa SENIOR SISTEMAS S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-----------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANA CAROLINA DE ALMEIDA ROEDEL	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano ANA CAROLINA DE ALMEIDA ROEDEL
---	--------------------	---

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 1132921403839	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
1-000810010065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		10/16/11	11/12/11
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00		10/16/11	11/12/11
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00		10/16/11	11/12/11
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00		10/16/11	11/12/11
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00		10/16/11	11/12/11
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-Tot 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 110,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	---

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 10/16/11 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/16/11 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/16/11 11/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/16/11 11/12/11
--	--	--	--

RICARDO FERRARES
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320