

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

453880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2021	4-Data de Autorização 11/04/2021	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8196255	7-Data Validade da Senha 11/04/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 1010210215061061570021151102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/04/2021	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA SOUZA DA SILVA	14-Telefone 17/08/1989	15-Nome do titular do plano BRUNO VICENTINI		

16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113292403839	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI	23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI	27-Número no CRO 61320	28-UF SP	29-Código CBO S		

30-Tabela 1008100030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US 134,00	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 11/04/2021	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
-------------------------	---------------------------------------	-----------------	---------	--------	----------------------------	----------	---	-------------	-------------------------------------	----------------------------------

43-Data Prevista 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-Tipo 2-Parcial	1-Tipo 2-Parcial	134,00	13,60	0,00
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao 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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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 da Empresa

Ricardo Ferraresi
1º Tenente Dentista
10 SP 61320 / CRO-MS 3276
1 MILITAR 09329144-0
Bairro Brasileiro