

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

717339
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/2019 12:11		4-Data de Autorização 01/11/2019 12:11		5-Sintha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9101358		7-Data Validade da Sintha 12/03/2012 12:11	
8-Número da Carteira 000202527914700064102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Telefone () 11 11 11 11 11 11	
14-Nome ISABEL VILALVA LISBOA		15-Data Validade da Sintha 18/06/1970		16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento RICARDO FERRARES		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320		19-UF SP	
20-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento RICARDO FERRARES		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		30-Código CBO S		31-Valor	
32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Franquia/Co-participação R\$	
1-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		23 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
2-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		24 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
3-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		25 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
4-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		26 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
5-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		13 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
6-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		14 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
7-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		32 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
8-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		33 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
9-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		34 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
10-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		43 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
11-000185100196 RESTAURAÇÃO RESINA		44 V 1		6 1 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0		18 30 0 0	
12-000185100200 RESTAURAÇÃO RESINA		18 OM 1		8 8 0 0		26 40 0 0		26 40 0 0		26 40 0 0	
13											
14											
15											
43-Data Previsto 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\$	
11/11/11		1		1-Total 2-Parcial		1759,00		223,70		0,00	
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 01/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 01/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário 01/11/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/2019
D. Ricardo Ferraresi		CD. Periodontista	
CRO-SP 61320/CRO-MS 3276			