

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/11 01/12/11	4-Data de Autorização 10/06/11 01/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9194269	7-Data Validade da Senha 11/01/11 01/12/11	746752 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002021254291568000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome

ANTONIO GABRIEL SANTOS DA SILVA	15-Data de Nascimento 15/02/2011	14-Telefone ()	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 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
-------------------	---------------------------	-------------	-----------------

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
1-0108100000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00		11/11/11	S 06/11/11 21/11/11
2-0108400000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR	1		1	7,20	0,00	0,00		11/11/11	S 06/11/11 21/11/11
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista 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 106,106,00	47-Valor Total R\$ 106,106,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 106,106,00
--	--	---	--------------------------------------	----------------------------------	---

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 10/06/11 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/06/11 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/06/11 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/06/11 11/11/11
--	--	--	--

RICARDO FERRARESI
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320