

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



455644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/2011	4-Data de Autorização 23/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203762	7-Data Validade da Senha 18/04/2011
Dados do Beneficiário		10-Empresa LGK TRANSPORTES DE CARGAS		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202520650100013204		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome JOAO PEDRO ROSA DOS SANTOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano PRISCILA TATIANA ROSA DOS SANTOS	
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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		27-Número no CRO 61320		28-UF SP	29-Código CBO S
025 - Faturar Empresa					

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-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	18/01/2011		<i>Ricardo</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 49,00	47-Valor Total R\$ 18,60	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 Contratado 18/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 18/01/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/01/2011
---------------	--	---	---	---

Ricardo Ferraresi
1º Tenente Dentista
CRO-MS 3276
MILITAR 093829144-0
Exército Brasileiro