

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/05/2012

4-Data de Autorização
12/02/2012

5-Serha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8271445

7-Data Vencimento da Serha
10/05/2012

470681
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002012509784001890801

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
QUALICORP ADMINISTRADORA DE

11-Data Vencimento da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
RICARDO DE ANDRADE

12/04/1988

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
RICARDO DE ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
PATRICIA FERNANDA FERRANTIN

17-Nome do Profissional Solicitante
PATRICIA FERNANDA FERRANTIN

18-Número no CRO
114476

19-U.F.
SP

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
12101442188661

22-Nome do Contratado Executante
PATRICIA FERNANDA FERRANTIN

23-Número no CRO
114476

24-U.F.
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
PATRICIA FERNANDA FERRANTIN

27-Número no CRO
114476

28-U.F.
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denário/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	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,60	0,00	0,00		11/04/2012		
2	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,60	0,00	0,00		11/04/2012		
3	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,60	0,00	0,00		11/04/2012		
4	010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,60	0,00	0,00		11/04/2012		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data de Realização do Tratamento	11/04/2012	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	1144,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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 no 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carteira de Empresa

Patricia Ferrantin
Ferrantin

Dra. Patricia F. Ferrantin
 Cirurgiã Dentista
 CRO/SP 114476