

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



453610
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 14/01/21		4-Data de Autorização 20/01/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8195219		7-Data Validade da Senha 14/04/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202510550600696101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FANLEY COFFACCI DE FREITAS NAKAJIMA											
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano FANLEY COFFACCI DE FREITAS NAKAJIMA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839				22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI				18-Número no CRO 61320		19-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI				23-Número no CRO 61320				24-UF SP		25-Código CNES	
				27-Número no CRO 61320				28-UF SP		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	20/01/2021		
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 61,00		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 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 20/01/2021		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/2021	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/2021		53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/2021	

Dr. Ricardo Ferraresi
CD. Periodontista
CRO-SP 61320 / CRO-MS 3276