



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

549139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/21	4-Data de Autorização 12/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8579335	7-Data Validade da Senha 10/08/21
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202523923700008104			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome MARIA VITORIA BESSA PIRONEL			15-Nome do titular do plano MARCIO PIRONEL		
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
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
25-Código CNES					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1
2	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1
3	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1
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 176,00		
47-Valor Total R\$ 20,00			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 12/05/21			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/21		
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/21			53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/21		
Dr. Ricardo Ferraresi CD. Periodontista CRO-SP 61320/CRO-MS 3276					