

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



449992
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/10/21		4-Data de Autorização 09/10/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8180748		7-Data Validade da Senha 08/10/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202510550601899401				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIA REGINA DE CAMARGO											
14-Telefone () -											
15-Nome do titular do plano MARCIA REGINA DE CAMARGO											
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		20-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI				23-Número no CRO 61320		24-UF SP		25-Código CNES		025 - Faturar Empresa	
27-Número no CRO 61320				28-UF SP		29-Código CBO S					

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/10/2021		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/10/2021		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/10/2021		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/10/2021		
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 144,00		47-Valor Total R\$ 53,60		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 09/10/2021				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2021				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2021			
								53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2021			

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