

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



499495
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 15/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8387979	7-Data Validade da Senha 13/06/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600202001		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome WAGNER FERREIRA DE BRITO LOJO				14-Telefone (11) 4024-3077	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
15-Nome do titular do plano WAGNER FERREIRA DE BRITO LOJO					
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	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI			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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/03/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			15/03/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			15/03/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			15/03/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			15/03/2012		
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 178,00	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 15/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/03/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/03/2012
---	---	---	---

Dr. Ricardo Ferraresi
CD. Odontologista
CRO-SP 61320 CHO-MS 3276