



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

825165
INTERCÂMBIO

Inscrições para você emitir

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/2012	4-Data de Autorização 22/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9429386	7-Data Validade da Senha 22/03/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525165900002101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DISPAR DISTRIBUIDORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCELO ASSUNCAO DA SILVA					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano MARCELO ASSUNCAO DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Agendamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11312924013839	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					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1
2-01085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1
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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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), fulforam 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 06/10/11/214	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/11/22 x Marcelo	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/11/22 x Marcelo	53-Data local e Carimbo da Empresa 06/10/11/22	RICARDO FERRARESI CD. PERIODONTISTA CRO-SP 61320
--	---	---	---	--