

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



455626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/12	4-Data de Autorização 23/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203721	7-Data Validade da Senha 18/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LGK TRANSPORTES DE CARGAS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202520650100013204	13-Nome JOAO PEDRO ROSA DOS SANTOS	14-Telefone 02/07/2011	15-Nome do titular do plano PRISCILA TATIANA ROSA DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI	27-Número no CRO 61320	28-UF SP	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI				

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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	23/10/12		<i>Ricardo</i>
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 72,00	47-Valor Total R\$ 23,80	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 23/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 23/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/12
---------------	---	---	---	---

Ricardo Ferraresi
1º Tenente Dentista
RO-SP 61320 / CRO-MS 3276
MILITAR 093829144-0
Médico Brasileiro