

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



621105
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2011	4-Data de Autorização 15/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8817507	7-Data Validação da Senha 13/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202520650000014401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa C N M ORGANIZACAO LOGISTICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VERONICA EVANGELISTA DE LIMA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VERONICA EVANGELISTA DE LIMA		
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	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
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	Enviar - RX (I) 81000421-RIS (I) 81000421- (I) 81000421-RPSE (I) 81000421- (I) 81000421-RPIE
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		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	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	15/10/2011		
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S			
3	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S			
4	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00		S			
5	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	15/10/2011		x V. Ferraresi
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 70,00	47-Valor Total R\$ 4,20	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 15/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 15/10/2011 x Verônica	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2011

RICARDO FERRARESI
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320