

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



650422
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2018	4-Data de Autorização 07/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8908814	7-Data Validade da Senha 04/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533104300000801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VIVIAN CRISTINA OLIVEIRA		14-Telefone 22/08/1988	15-Nome do titular do plano VIVIAN CRISTINA OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/10/2018		
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 34,00	47-Valor Total R\$ 10,20	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 23/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/2018 RICARDO FERRARES CD. PERIODONTISTA CRO SP 61320
---	---	---	--