

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



665927
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012		4-Data de Autorização 19/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8954269		7-Data Validade da Senha 16/11/2012	
8-Número da Carteira 00202533104300005303						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome LUCAS ALVES DE ANDRADE						14-Telefone 01/12/1992		15-Nome do titular do plano STEPHANIE PEREIRA DA SILVA DE CAMPOS		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
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	
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											
43-Data Previsão Término do Tratamento						44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US	
47-Valor Total R\$						48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação											

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
19/10/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
19/10/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
19/10/2012 x Lucas

53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/10/2012

RICARDO FERRARESI
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320