

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/19/11 11/12/11	4-Data de Autorização 10/19/11 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9269263	7-Data Validade da Senha 10/17/10 2/1/12	773456 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 000202531043100000300011			10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TAMYRES DOS SANTOS SILVA			14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano TAMYRES DOS SANTOS SILVA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1132924103839			22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		23-Número no CRO 61320	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES			27-Número no CRO 61320		28-UF SP	
29-Código CBO S			29-UF SP		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-10	01810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		09/11/21	Tamyres
2-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		09/11/21	Tamyres
3-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		09/11/21	Tamyres
4-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		09/11/21	Tamyres
5-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		09/11/21	Tamyres
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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-Operante 09/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Responsável 09/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 09/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/11
--	---	---	---

RICARDO FERRARES
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320