

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



469697
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/02/21	4-Data de Autorização 04/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8266996	7-Data Validade da Senha 05/05/21
8-Número da Carteira 00202533104300001002					
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 PEDRO MONTEMURRO DA SILVA		14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano BEATRIZ AVILA MONTEMURRO MARSOLA		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	
23-Número no CRO 61320		24-UF SP		20-Código CBO S	
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		27-Número no CRO 61320	
28-UF SP		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			04/02/21		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			04/02/21		
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 122,00	47-Valor Total R\$ 488,00	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 04/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/02/21
---	---	---	---

Ricardo Ferrares
1º Tenente Dentista
CRO-SP 61320 / CRO-MS 3276
IDT MILITAR 093829144-0
Exército Brasileiro