

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

709618
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 12/01/09/12/11
4-Data de Autorização 12/21/09/12/11
5-Senha AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 9076381
7-Data Validade da Senha 11/9/11/21/211

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 10012025331043000045021
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 EVERSON PEREIRA DOS SANTOS
14-Telefone
15-Nome do titular do plano DAIZI BARBOSA DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 17/05/1990
16-Atendimento a RN N
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESÍ
18-Número no CRO 61320
19-UF SP
20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113292403839
22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESÍ
23-Número no CRO 61320
24-UF SP
25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESÍ
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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/10/09/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/10/09/21		Everson
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/10/09/21		Everson
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/10/09/21		Everson
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/10/09/21		Everson
6									S	12/10/09/21		Everson
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 178,00
47-Valor Total R\$ 0,00
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 12/21/09/12/11
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/21/09/12/11
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/21/09/12/11 Everson
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/21/09/12/11
Dr. Ricardo Ferraresi
CD. Periodontista
CRO-SP 61320/CRO/MS 3276