



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/02/11 11/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9317862		7-Data Validade da Senha 12/01/12 11/12/12		789202 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 000202533104300006102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS		11-Data Validade da Carteira		15-Nome do titular do plano ANA PAULA DA SILVA CARATO DOS SANTOS			
13-Name ROSEMIRO CARATO DOS SANTOS		28/03/1978		14-Telefone		18-Número no CRO 61320		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		23-Número no CRO 61320		24-JF SP		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11321912403839		26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		27-Número no CRO 61320		28-JF SP		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00018110000615				CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34		000	
2-0001853000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		36000	
3-0001853000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		36000	
4-0001853000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		36000	
5-0001853000047				RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		36000	
6-0001853000047											
7-0001853000047											
8-0001853000047											
9-0001853000047											
10-0001853000047											
11-0001853000047											
12-0001853000047											
13-0001853000047											
14-0001853000047											
15-0001853000047											
16-0001853000047											
17-0001853000047											
18-0001853000047											
19-0001853000047											
20-0001853000047											
21-0001853000047											
22-0001853000047											
23-0001853000047											
24-0001853000047											
25-0001853000047											
26-0001853000047											
27-0001853000047											
28-0001853000047											
29-0001853000047											
30-0001853000047											
31-0001853000047											
32-0001853000047											
33-0001853000047											
34-0001853000047											
35-0001853000047											
36-0001853000047											
37-0001853000047											
38-0001853000047											
39-0001853000047											
40-0001853000047											
41-0001853000047											
42-0001853000047											
43-0001853000047											
44-0001853000047											
45-0001853000047											
46-0001853000047											
47-0001853000047											
48-0001853000047											
49-0001853000047											

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 Contratado 30/11/11 11/12/11		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/11 11/12/11		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/11 11/12/11		53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/11 11/12/11		RICARDO FERRARES! CD. PERIODONTISTA CRO-SP 61320	
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--