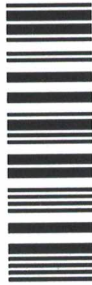




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

tranquilidade para você sorrir

744715
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	4-Data de Autorização 12/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9187513	7-Data Validade da Senha 11/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202533104300003803	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS	11-Data Validade da Carteira 11/01/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AGATHA SANTOS PICININ			14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano MILENE SANTOS PICININ	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		23-Número no CRO 61320	24-UF SP
25-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		26-Número no CRO 61320		27-UF SP	28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento											
1-	001810000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	20/10/21	<i>Capitão</i>
2-	00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	20/10/21	<i>Capitão</i>
3-	00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	20/10/21	<i>Capitão</i>
4-	00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	20/10/21	<i>Capitão</i>
5-	00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	20/10/21	<i>Capitão</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Total 2-Parcial	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\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 20/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa Dr. Ricardo Ferraresi CD. Periodontista CRO-SP 61320, CRO-MS 3276
---	---	---	--