



739712
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha
1 2 / 0 1 / 2 2

6-Número da Guia Principal
9171110

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/01/2012

3-Data de Emissão da Guia
14/10/2011

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 1 0 4 3 0 0 0 0 5 8 0 4

10-Empresa
KMS SOLUCOES EM SERVICOS

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ARTHUR PAULINO COSTA

25/02/2013

15-Nome do titular do plano
APARECIDA PAULINO COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
RICARDO FERRARESI

025 -
Faturar Empresa

20-Código CBO S

18-Número no CRO
61320

19-UF
SP

24-UF
SP

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 3 2 9 2 4 0 3 8 3 9

22-Nome do Contratado Executante
RICARDO FERRARESI

25-Código CNES

23-Número no CRO
61320

24-UF
SP

26-Nome do Profissional Executante
RICARDO FERRARESI

29-Código CBO S

27-Número no CRO
61320

28-UF
SP

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
1-0	0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	84	D	1	6 1 1 0 0	0	18,30	S	20/10/2011	Ricardo Ferraresi
2-0	0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	6 1 1 0 0	0	18,30	S	20/10/2011	Ricardo Ferraresi
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
1 2 2 0 0

47-Valor Total R\$
0 0 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0 0 0 0

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

36160

50-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
20/10/2011

51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/10/2011

52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/10/2011

53-Diga, local e Carimbo da Empresa
20/10/2011

Dr. Ricardo Ferraresi
CD. Periodontista