

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

733187
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 11/11/2012	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9151422	7-Data Validade da Sineta 05/10/11/212
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025331043000003604	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SILENE PIRES DA SILVA ESQUEVINIM	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CECILIA DA SILVA ESQUEVINIM
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113292403839111	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI	27-Número no CRO 61320	28-UF SP	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI					

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	1	0	0	0	1	1	3	4	0	0	S	11/10/21	X Silene
2-0	0	8	5	3	0	0	1	1	3	6	0	0	S	11/10/21	X Silene
3-0	0	8	5	3	0	0	1	1	3	6	0	0	S	11/10/21	X Silene
4-0	0	8	5	3	0	0	1	1	3	6	0	0	S	11/10/21	X Silene
5-0	0	8	5	3	0	0	1	1	3	6	0	0	S	11/10/21	X Silene
6-															
7-															
8-															
9-															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 111178100	47-Valor Total R\$ 531400,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
--	--	---	-------------------------------------	---------------------------------	---

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 11/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2012
---	---	---	---

Dr. Ricardo Ferraresi
CD-Periodontista