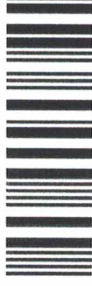


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



775671
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/12/11	4-Data de Autorização 11/06/11 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9276273	7-Data Validade da Senha 08/10/12 11/12/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202531043000006802	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 PAMELA ALEXANDRINA SEITZ	19/12/1997	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VICTOR RAFAEL RIBEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N RICARDO FERRARES	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 11312924103839	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES	23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES	27-Número no CRO 61320	28-UF 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
1-1001851010196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1
2-1001851010196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1
3-					
4-					
5-					
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-Totál 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1122100					
47-Valor Total R\$ 1000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111					

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), 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 11/06/11 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/11 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/11 11/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa RICARDO FERRARES CD. PERIODONTISTA CRO-SP 61320
---	--	--	--