

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3//08//1211		4-Data de Autoração 10/2//09//1211		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8973979		7-Data Validade da Senha 12/11//11/1211		676166 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 10/02/2012/531104310/00581011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS		11-Data Validade da Carteira 11/11//11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome APARECIDA PAULINO COSTA		14-Teléfono 25/11/1983		15-Nome do Titular do plano APARECIDA PAULINO COSTA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN RICARDO FERRARESI		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		18-Número no CRO 61320		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa			
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 113129214038139111		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320		24-UF SP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		27-Número no CRO 61320		28-UF SP		29-Código CBO S 29							

40- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Qualidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASE	1	1	3 4	0 0	0 0	S	0 2	0 9	2 3	Assinatura
2	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6	0 0	0 0	S	0 2	0 9	2 3	Assinatura
3	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6	0 0	0 0	S	0 2	0 9	2 3	Assinatura
4	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6	0 0	0 0	S	0 2	0 9	2 3	Assinatura
5	00	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6	0 0	0 0	S	0 2	0 9	2 3	Assinatura
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Falramento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1 1 7 8 0 0

0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, termos, condições e demais aspectos relativos ao tratamento realizado, 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, de acordo com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	02/09/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	02/09/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	02/09/2011
53-Data, local e Carimbo da Empresa	02/09/2011

Dr. Ricardo Ferreira
CD. Periodontista
CPO-SP61320-CRO-MS 3276

19-Observação



676166
INTERCÂMBIO