

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2019	4-Data de Autorização 06/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9100840	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002025310430006301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	717177 INTERCÂMBIO
13-Nome JANAINA DE FATIMA LIMA					
14-Teléfono ()					
15-Nome do titular do plano JANAINA DE FATIMA LIMA					
16-Atendimento a RN RICARDO FERRARESI					
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839					
22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI					
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
24-UF SP					
25-Código CNES 61320					
28-UF SP					
29-Código CBO S 61320					
23-Número no CRO 61320					
27-Número no CRO 61320					

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
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	61,00	0,00	0,00	1	10/10/12	gabarito
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	0,00	1	10/10/12	gabarito
3-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	1	10/10/12	gabarito
4-0	0185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VP	1	88,00	0,00	0,00	1	10/10/12	gabarito
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 271,00	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 10/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012	53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/11/2012
RICARDO FERRARESI CD. PERIODONTISTA CRO-SP 61320			