



690531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2019	4-Data de Autorização 15/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9018791	7-Data Validade da Senha 01/11/2021
Dados do Beneficiário		10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS		11-Data Validade da Carteira / /	
8-Número da Carteira 00202533104300005301		9-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome STEPHANIE PEREIRA DA SILVA DE CAMPOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano STEPHANIE PEREIRA DA SILVA DE CAMPOS	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		18-Número no CRO 61320	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		27-Número no CRO 61320		28-UF SP	
				29-Código CBO S	
				20-Código CBO S	
				24-UF SP	
				25-Código CNES	
				29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	18,30	0,00	S	15/09/21		<i>Ricardo Ferraresi</i>
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	88,00	26,40	0,00	S	15/09/21		<i>Ricardo Ferraresi</i>
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 149,00	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 15/09/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/09/21
---------------	---	---	---	---

RICARDO FERRARESI
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320