



669248  
INTERCÂMBIO

|                                                        |                                                         |                                        |                                                                     |                                       |                                        |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                               | 3-Data de Emissão da Guia<br>20/10/2011                 | 4-Data de Autorização<br>20/10/2011    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                               | 6-Número da Guia Principal<br>8964643 | 7-Data Validade da Senha<br>18/11/2011 |
| Dados do Beneficiário                                  |                                                         |                                        |                                                                     |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>00202533104300005303           | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                          | 10-Empresa<br>KMS SOLUCOES EM SERVICOS | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                        |
| 13-Nome<br>LUCAS ALVES DE ANDRADE                      |                                                         | 14-Telefone<br>01/12/1992              | 15-Nome do titular do plano<br>STEPHANIE PEREIRA DA SILVA DE CAMPOS |                                       |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento        |                                                         |                                        |                                                                     |                                       |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                               | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO FERRARES | 18-Número no CRO<br>61320              | 19-UF<br>SP                                                         | 20-Código CBO S<br>025 -              | Faturar Empresa                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>13292403839     | 22-Nome do Contratado Executante<br>RICARDO FERRARES    | 23-Número no CRO<br>61320              | 24-UF<br>SP                                                         | 25-Código CNES                        |                                        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RICARDO FERRARES |                                                         | 27-Número no CRO<br>61320              | 28-UF<br>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 | 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 | 26              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/08/21              |                    | Lucas         |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/08/21              |                    | Lucas         |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 46              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 25/08/21              |                    | Lucas         |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>183,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|

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<br>25/10/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>25/10/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/10/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>25/10/21 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

RICARDO FERRARES  
CD. PERIODONTISTA  
CRO-SP 61320