



669240
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/12/1	4-Data de Autorização 12/01/08/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8964620	7-Data Validade da Senha 18/11/12/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202533104300005303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCAS ALVES DE ANDRADE			14-Telefone 01/12/1992 () -	15-Nome do titular do plano STEPHANIE PEREIRA DA SILVA DE CAMPOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839	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	

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	24	V	1	61,00	0,00		S	25/08/21		X Lucas
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00		S	25/08/21		X Lucas
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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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 12/5/10/8/12/1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/10/8/12/1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/10/8/12/1 X Lucas A. Andra	53-Data, local e Carimbo da Empresa, D. PERIODONTISTA 12/5/10/8/12/1 CRO-SP 61320
---	---	--	--