



553291  
INTERCÂMBIO

|                                                         |                                                          |                                   |                                         |                                                           |                                       |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/05/21                    | 4-Data de Autorização<br>19/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                   | 6-Número da Guia Principal<br>8593612                     | 7-Data Validade da Senha<br>15/08/21  |
| Dados do Beneficiário                                   |                                                          |                                   |                                         |                                                           |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>00202520650100012701            |                                                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA    | 10-Empresa<br>LGK TRANSPORTES DE CARGAS | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>LIDIANE RIBEIRO DE LACERDA                   |                                                          |                                   | 14-Telefone<br>( ) -                    | 15-Nome do titular do plano<br>LIDIANE RIBEIRO DE LACERDA |                                       |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento         |                                                          |                                   |                                         |                                                           |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO FERRARESI | 18-Número no CRO<br>61320         | 19-UF<br>SP                             | 20-Código CBO S                                           | 025 - Faturar Empresa                 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>13292403839      | 22-Nome do Contratado Executante<br>RICARDO FERRARESI    | 23-Número no CRO<br>61320         | 24-UF<br>SP                             | 25-Código CNES                                            |                                       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RICARDO FERRARESI |                                                          | 27-Número no CRO<br>61320         | 28-UF<br>SP                             | 29-Código CBO S                                           |                                       |

| 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    | Lidiane       |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    | Lidiane       |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    | Lidiane       |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    | Lidiane       |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 19/05/21              |                    | Lidiane       |
| 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>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>19/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/05/21 Lidiane | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>19/05/21 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Ricardo Ferraresi  
CD. Periodontista  
CRO-SP 61320/CRO-MS 3276