



685522
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/21	4-Data de Autorização 03/09/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9006511	7-Data Validade da Senha 28/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202533104300005802		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 ERICSON ANTONIO COSTA	14-Telefone 02/07/1981	15-Nome do titular do plano APARECIDA PAULINO COSTA
----------------------------------	---------------------------	--

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/09/21		<i>Ericson</i>
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/09/21		<i>Ericson</i>
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/09/21		<i>Ericson</i>
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/09/21		<i>Ericson</i>
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/09/21		<i>Ericson</i>
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 178,00	47-Valor Total R\$ 83,40	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro que aqui foi 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 os procedimentos aqui descritos foram realizados em conformidade com o que foi acordado, de forma satisfatória. Refiro a Operadora a pagar por este plano e por minha conta o profissional contratado que assina este 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 Contratante 03/09/21 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/09/21 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/09/21 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/09/21
---	---	---	---

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