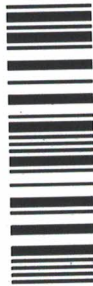




2-Nº

834793
INTERCÂMBIO

834793 INTERCÂMBIO		7-Data Validade da Senha 11/1/04/22		6-Número da Guia Principal 9452147		5-Senha AUTORIZADO		4-Data de Autorização 12/01/22		3-Data de Emissão da Guia 11/01/22		2-Registro ANS 406414		1-Identificação para você emitir	
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 010202533104300006302															
13-Nome VINICIUS HENRIQUE LIMA DA SILVA															
30/10/2007															
10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS															
14-Telefone ()															
11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1															
15-Nome do titular do plano JANAINA DE FATIMA LIMA															
12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
025 - Faturar Empresa															
18-Número no CRO 61320															
19-UF SP															
20-Código CBO S															
23-Número no CRO 61320															
24-UF SP															
25-Código CNES															
27-Número no CRO 61320															
28-UF SP															
29-Código CBO S															
26-Nome do Profissional Excusante RICARDO FERRARES															
22-Nome do Contratado Excusante RICARDO FERRARES															
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA															
33-Dente/Região HASD															
34-Face HASD															
35-Qtd 1															
36-Quantidade US															
37-Valor															
38-Franquia/Co-participação R\$															
39-Aut S															
40-Data de Realização 13/01/22															
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura															
43-Data Prevista Término do Tratamento															
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência															
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial															
46-Total Quantidade US															
47-Valor Total R\$															
48-Total Franquia / Co-participação R\$															
49-Observação															

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.

RICARDO FERRARESI
CD. PERIODONTISTA
CRO-SP 61320

53-Data, local e Carimbo da Empresa

100 | Journal de Bioéthique / Responsabilité

[illegible]

10