


467306
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/02/10 02/12/11	4-Data de Autorização 10/02/10 02/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8257046	7-Data Validade da Senha 10/03/10 05/12/11
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa KMS SOLUCOES EM SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 100202533104300001002		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano BEATRIZ AVILA MONTEMURRO MARSOLA	
13-Nome PEDRO MONTEMURRO DA SILVA		14-Telefone () -		17-Data de Realização 17/03/2004	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 61320		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		23-Número no CRO 61320		24-UF SP	
		27-Número no CRO 61320		25-Código CNES	
				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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	02/02/21		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	02/02/21		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	02/02/21		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	02/02/21		
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 140,00	47-Valor Total R\$ 56,00	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 02/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 02/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/02/21
---------------	---	---	---	---

Ricardo Ferraresi
1º Tenente Dentista
CRO-MS 3276
SP 61320 / CRO-MS 3276
ITAR 093829144-0
Brasil