



466725
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/02/21	4-Data de Autorização 01/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8254718	7-Data Validade da Senha 02/05/21
8-Número da Carteira 0020252239000003601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KM SOLUCOES EM SERVICOS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE DO NASCIMENTO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TATIANE DO NASCIMENTO	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES					
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	
				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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00		S	01/02/21		<i>Ricardo Ferrares</i>
2												
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 61,00	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 01/02/21 <i>Ricardo Ferrares</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/02/21 <i>Ricardo Ferrares</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/02/21 <i>Tatiane do Nascimento</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/02/21 <i>Ricardo Ferrares</i>
---	---	--	---

Ricardo Ferrares
1º Tenente Dentista
CRO-SP 61320 / CRO-MS 3276
IDT MILITAR 093829144-0
Exército Brasileiro

foto inicial e final