



2118803
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2024	4-Data de Autorização 29/11/2024	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13249061	7-Data Validade da Senha 24/10/2025
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550601133801		13-Nome ANDREA HELFENSTEIN		14-Telefone (11) / /		15-Data Validade da Carteira / /		16-Nome do titular do plano ANDREA HELFENSTEIN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRC 90628		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TALITA FERRAZ RIGUETO		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36266198000105		22-Nome do Contratado Executante T. L. ODONTOLOGIA LTDA	
23-Número no CRC 90628		24-UF SP		25-Código CNES 6348327		26-Nome do Profissional Executante TALITA FERRAZ RIGUETO	
27-Número no CRC 90628		28-UF SP		29-Código CBO S (I) 85100200		30-Envio - RX (I) 85100200	

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	47	O	1	61,00	0,00	S	18/02/25			
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00	S	18/02/25			
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00	S	18/02/25			
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MO	1	88,00	0,00	S	18/02/25			
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 298,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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) 18/02/25 Talita Ferraz Riguetto		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/25 Talita Ferraz Riguetto		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/25 Andrea Helfenstein		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--