



449957
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/10/21		4-Data de Autorização 18/10/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8180616		7-Data Validade da Senha 08/10/21		
Dados do Beneficiário				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				
8-Número da Carteira 00202510550601660602				11-Data Validade da Carteira / /				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome ALDREY IALA AVILA				14-Telefone 23/11/2000				15-Nome do titular do plano ELIANA CAMARGO DOS REIS				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				18-Número no CRO 61320				19-UF SP				
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320				24-UF SP		25-Código CNES		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839				22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI				27-Número no CRO 61320				
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI				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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	19/11/2021		
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\$ 29,95		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 19/11/2021		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2021		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2021 Aldrey Avila		53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2021						

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