



443883
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 30/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8157660	7-Data Validade da Senha 18/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550600768302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA BARBOZA FERREIRA	
13-Nome GUILHERME FERREIRA		26/04/1997		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES	23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES	27-Número no CRO 61320	28-UF SP	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00					30/12/2020		
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\$ 24,00	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 30/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/12/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/12/2020
---------------	---	---	---	---

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