



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

449961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/11/21	4-Data de Autorização 18/10/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8180651	7-Data Validade da Senha 08/10/11/21
8-Número da Carteira 00202510550601660602			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ALDREY IALA AVILA			14-Telefone 23/11/2000 () -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 15-Nome do titular do plano ELIANA CAMARGO DOS REIS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839			22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		19-UF SP
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES			27-Número no CRO 61320		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
24-UF SP			25-Código CNES		29-Código CBO S
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
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1
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\$ 34,43			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 18/11/2011			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2011		
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2011			53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/2011		

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