



495439
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/21	4-Data de Autorização 17/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8372610	7-Data Validade da Senha 08/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550600856101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA OLIVEIRADE MORAIS SCHLUTER		14-Telefone (11) 4813-2588	15-Data Validade da Carteira 15/10/1986		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839	22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI	23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-36
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI	27-Número no CRO 61320	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	0085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	36		1	533,00	0,00			17/05/21		
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 533,00	47-Valor Total R\$ 1213,200,00	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 17/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/05/21	Dr. Ricardo Ferraresi CD. Periodontista CRO-SP 61320/CRO-MS 3276
---	---	---	---	--