



445503
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/12/2021		4-Data de Autorização 05/10/2021		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8165506		7-Data Validade da Senha 22/10/2021	
8-Número da Carteira 00202510550600768301				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VERA LUCIA BARBOZA FERREIRA				26/11/1970		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VERA LUCIA BARBOZA FERREIRA			
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	
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 (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI						27-Número no CRO 61320		28-UF SP		29-Código CBO S	

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
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OV	1	88,00	0,00		S	05/10/2021		<i>Ricardo Ferraresi</i>
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 88,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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 05/10/2021		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2021		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2021		53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/2021	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

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