

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



450020  
INTERCÂMBIO

|                                                         |                                                          |                                                       |                                        |                                                        |                                          |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/21                    | 4-Data de Autorização<br>18/10/21                     | 5-Senha<br>AUTORIZADO                  | 6-Número da Guia Principal<br>8180815                  | 7-Data Validade da Senha<br>08/10/21     |
| 8-Número da Carteira<br>00202510550601660602            |                                                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                        | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde    |
| 13-Nome<br>ALDREY IALA AVILA                            |                                                          |                                                       | 14-Telefone<br>23/11/2000              | 15-Nome do titular do plano<br>ELIANA CAMARGO DOS REIS |                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento         |                                                          |                                                       |                                        |                                                        |                                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO FERRARESI |                                                       | 18-Número no CRO<br>61320              | 19-UF<br>SP                                            | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>13292403839      |                                                          | 22-Nome do Contratado Executante<br>RICARDO FERRARESI | 23-Número no CRO<br>61320              | 24-UF<br>SP                                            | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RICARDO FERRARESI |                                                          |                                                       | 27-Número no CRO<br>61320              | 28-UF<br>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 | 27              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 18/11/2021            |                    | Aldrey Avila  |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>61,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>18/11/2021 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>18/11/2021 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>18/11/2021 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>18/11/2021 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

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