



2125784
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/11/24	4-Data de Autorização 28/01/25	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13272459	7-Data Validade da Serha 27/02/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601133801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDREA HELFENSTEIN	14-Data de Nascimento 28/08/1972	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano ANDREA HELFENSTEIN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALITA FERRAZ RIGUETO	18-Número no CRO 90628	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36266198000105	22-Nome do Contratado Executante T. L. ODONTOLOGIA LTDA	23-Número no CRO 90628	24-UF SP	25-Código CNES 6348327
26-Nome do Profissional Executante TALITA FERRAZ RIGUETO		27-Número no CRO 90628	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	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	23	M	1	61,00	0,00		S	28/01/25		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	28/01/25		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão 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 122,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/25 Talita Ferraz Riguetto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--

Dra Talita F. Riguetto
Cirurgiã Dentista
CRO 90.628