



443880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 30/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8157642	7-Data Validade da Senha 18/10/31/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 00202510550600768302	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GUILHERME FERREIRA	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 FERRARES
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 FERRARES
23-Número no CRO 61320	24-UF SP
25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	30/12/2020		
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\$ 24,40	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 30/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/12/2020
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/12/2020

Ricardo Ferrares
1º Tenente Dentista
CRO-SP 61320 / CRO-MS 3276
IDT MILITAR 09382944-0
Exército Brasileiro