



443844  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                       |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 8 / 1 2 / 2 0 | 4-Data de Autorização<br>0 4 / 0 1 / 2 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8157541 | 7-Data Validade da Senha<br>1 8 / 0 3 / 2 1 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                                 |  |                                |                                        |                                     |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                           |  | 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                      |
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 7 6 8 3 0 2 |  | 13-Nome<br>GUILHERME FERREIRA  |                                        | 14-Telefone<br>( ) -                | 15-Nome do titular do plano<br>VERA LUCIA BARBOZA FERREIRA |

|                                                              |                                                         |                                                      |             |                           |                          |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                         | 18-Número no CRO<br>61320                            | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S           | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO FERRARES | 23-Número no CRO<br>61320                            | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES            |                          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 3 2 9 2 4 0 3 8 3 9 |                                                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>RICARDO FERRARES |             | 27-Número no CRO<br>61320 | 28-UF<br>SP              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RICARDO FERRARES       |                                                         |                                                      |             | 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-        | 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6       | RESTAURAÇÃO RESINA | 15              | O       | 1      | 6 1 0 0          | 0,00     |                                 |        | S                     | 04/01/2021         |               |
| 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>6 1 0 0 | 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>04 JAN 2021 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>04 JAN 2021 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>04 JAN 2021 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>04 JAN 2021 |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

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