



603403
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 6 / 2 1	4-Data de Autorização 1 2 / 0 7 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8761116	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 9 / 2 1
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 8 8 1 0 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RENATA LINDEMBERG MENDES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RENATA LINDEMBERG MENDES	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 3 2 9 2 4 0 3 8 3 9		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		27-Número no CRO 61320		28-UF SP	29-Código CBO S
20-Código CBO S				025 - Faturar Empresa	

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 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	1 2 / 0 7 / 2 1		X Rmg
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	1 2 / 0 7 / 2 1		X Rmg
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	1 2 / 0 7 / 2 1		X Rmg
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	1 2 / 0 7 / 2 1		X Rmg
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	1 2 / 0 7 / 2 1		X Rmg
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 1 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 1 2 / 0 7 / 2 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 2 / 0 7 / 2 1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 2 / 0 7 / 2 1 X Rmg	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1 2 / 0 7 / 2 1
--	--	--	--

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