



2560589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/25	4-Data de Autorização 22/01/26	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14665739	7-Data Validade da Senha 26/01/26
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202557513400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708106549717336
13-Nome RODRIGO PEREIRA FERRAZ		14-Telefone 10/06/1979	15-Nome do titular do plano RODRIGO PEREIRA FERRAZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABRICIO MARCELO OLIVATTI	18-Número no CRO 46063	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09551918827	22-Nome do Contratado Executante FABRICIO MARCELO OLIVATTI	23-Número no CRO 46063	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABRICIO MARCELO OLIVATTI		27-Número no CRO 46063	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	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 Glose	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	ODL	1	122,00	0,00		S	09/02/26		<i>[Signature]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização 09/02/26	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 Contrato-Dentista Solicitante 09/02/26	51-Data, Local e Assinatura do Contrato-Dentista 09/02/26	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/26	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 09/02/26
--	--	---	--

Dr. Fabrício Marcelo Olivatti
Cirurgião Dentista
CRO-SP 46063