



531488
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 4 / 2 1	4-Data de Autorização 2 3 / 0 4 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8513209	7-Data Validade da Senha 2 2 / 0 7 / 2 1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 1 9 0 3 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CAROLINE DE ALMEIDA VALENTE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE FERREIRA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI	18-Número no CRO 61320	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
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	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	6 1 0 0	0,00		S	23/04/21		<i>Ricardo</i>
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 6 1 0 0	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 23/04/21 <i>Ricardo</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/21 <i>Ricardo</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/21 <i>Carla</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

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