



454348
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/21	4-Data de Autorização 16/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8198497	7-Data Validade da Senha 15/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202520650100013201		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa LGK TRANSPORTES DE CARGAS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PRISCILA TATIANA ROSA DOS SANTOS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano PRISCILA TATIANA ROSA DOS SANTOS			
						08/02/2023					

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 13292403839		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					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/10/2021		x
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/10/2021		x
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/10/2021		x
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/10/2021		x
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 144,00	47-Valor Total R\$ 521,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	------------------------------	---

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 16/10/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2021
---	---	---	---

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