



476931
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/02/21	4-Data de Autorização 15/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8299193	7-Data Validade da Senha 16/05/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202535395200000103		13-Nome GEOVANNA CRISTINNA GOMES MARTINS		14-Telefone 13/03/2006		15-Nome do titular do plano OTAVIO APARECIDO DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 61320		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		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			

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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	28,80	0,00	S	20/02/21		X
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	18,00	0,00	S	20/02/21		X
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	18,00	0,00	S	20/02/21		X
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	18,00	0,00	S	20/02/21		X
5	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	18,00	0,00	S	20/02/21		X
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 268,00	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 Cirurgião-Dentista Solicitante 20/02/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/02/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/02/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/02/21		Dr. Ricardo Ferraresi CD. Periodontista CRO-SP 61320/CRO-MS 3275	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--