



476621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/21	4-Data de Autorização 15/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8298173	7-Data Validade da Senha 14/10/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202535395200000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira
13-Nome OTAVIO APARECIDO DOS SANTOS			14-Telefone 22/09/1981	15-Nome do titular do plano OTAVIO APARECIDO DOS SANTOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 61320		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839			22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI			23-Número no CRO 61320	24-UF SP	25-Código CNES
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			20/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			20/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			20/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			20/02/21		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21	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\$ 157,16	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 3276
---	---	---	---	--