



496771
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/21	4-Data de Autorização 12/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8378041	7-Data Validade da Senha 09/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202535524700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROSANA SILVA SOUTO RIBEIRO	14-Telefone 28/05/1973	15-Nome do titular do plano ROSANA SILVA SOUTO RIBEIRO
---------------------------------------	---------------------------	---

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 (I) 85100200	26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI	27-Número no CRO 61320
		28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100200			

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VO	1	88,00	0,00		S	12/10/21		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	VO	1	88,00	0,00		S	12/10/21		
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 176,00	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 12/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/21
---	---	---	---

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