



505491
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	2- Data de Emissão da Guia 22/03/21	3- Data de Autorização 22/03/21	4- Tipo de Autorização AUTORIZADO	5- Número da Guia Original 8408734	6- Data Validade da Guia 20/06/21
Dados do Beneficiário					
8- Número da Carteira 00202506065700362502		9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11- Data Validade da Carteira / /
13- Nome SIDNEI COSTA RODRIGUES DE OLIVEIRA			14- Telefone 25/04/1983	15- Nome do titular do plano RONALDO ADRIANO BARRETO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16- Atendimento a PN 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- 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	6100	0,00		S	29/03/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

43- Data Previsão Término do Tratamento / /	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento regular; 2- Exame e diagnóstico; 3- Cirurgia; 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total; 2- Parcial	46- Total Quantidade US 6100	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, ainda que, o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), foi 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 29/03/21	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/03/21	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21	53- Data, local e Carimbo da Empresa 29/03/21
--	--	--	--

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