



483060  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/02/2010 | 4-Data de Autorização<br>23/02/2010 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8321717 | 7-Data Validade da Senha<br>24/05/2011 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                       |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202534760300000103 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>EDUARDA CAMILE SILVA CALIANI      |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>DIOGO HENRIQUE CALIANI |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                         |                                                          |                           |             |                                             |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO FERRARESI | 18-Número no CRO<br>61320 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>13292403839      | 22-Nome do Contratado Executante<br>RICARDO FERRARESI    | 23-Número no CRO<br>61320 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES                              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RICARDO FERRARESI |                                                          | 27-Número no CRO<br>61320 | 28-UF<br>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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/02/2010            |                    | <i>Ricardo</i> |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>23/02/2010 <i>Ricardo</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>23/02/2010 <i>Ricardo</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/02/2010 <i>Ricardo</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>23/02/2010 | Dr. Ricardo Ferraresi<br>CD. Periodontista<br>CRO-SP 61320/CRO-MS 3276 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|