



531971
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/21	4-Data de Autorização 23/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8514332	7-Data Validação da Senha 22/07/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202534760300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome ANGELA MARIA DA SILVA CALIANI		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DIOGO HENRIQUE CALIANI	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI		18-Número no CRO 61320	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI		23-Número no CRO 61320	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI		27-Número no CRO 61320		28-UF SP	
				29-Código CBO S	
				025 - Faturar Empresa	

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	73,00	0,00			23/04/21		Angela Caliani
2-												
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 73,00	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 23/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/21 Angela Caliani	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/04/21
---------------	---	---	--	---

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