



507295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 2/4/10/3/12/1		4-Data de Autorização 2/4/10/3/12/1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8417659		7-Data Validação da Senha 2/2/10/6/12/1	
8-Número da Carteira 00202531980100000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome MARCOS ISAIAS FRADA						14-Telefone 23/08/1978		15-Nome do titular do plano MARCOS ISAIAS FRADA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
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	
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI						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			24/03/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/03/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/03/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/03/21		
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		36-Total Quantidade US 144,00		47-Valor Total R\$ 57,60		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 24/03/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/03/21		Dr. Ricardo Ferraresi CD. Periodontista CRO-SP 61320 / CRO-MS 3276	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--