



2487581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/25	4-Data de Autorização 03/10/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14441176	7-Data Validade da Senha 30/11/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202510272200155401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708607100187790
13-Nome DANIEL MACIEL DA COSTA		14-Telefone (92) 2999-7270	15-Nome do titular do plano DANIEL MACIEL DA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE GUIOMAR LEAL VASCONCELOS	18-Número no CRO 3174	19-UF AM	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 65108000200	22-Nome do Contratado Executante DANIELLE GUIOMAR LEAL VASCONCELOS	23-Número no CRO 3174	24-UF AM	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DANIELLE GUIOMAR LEAL VASCONCELOS		27-Número no CRO 3174	28-UF AM	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S			
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S			
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 174,00		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 _/_/___/___	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/___/___	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/___/___	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/___/___
--	--	--	--