



2336704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/25	4-Data de Autorização 04/06/25	5-Senha AGUARDANDO CORREÇÃO	6-Número da Guia Principal 13958396	7-Data Validade da Senha 02/09/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550601909801				13-Nome AGNES ROBERTA DE GIULIO DINIZ		14-Telefone () 8039-4097		15-Nome do titular do plano AGNES ROBERTA DE GIULIO DINIZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SILVANA TROMBONI KOTTKE		18-Número no CRO 49479		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 46541613000137		22-Nome do Contratado Executante ODONTO-SIL LTDA ME		23-Número no CRO 49479		24-UF SP		25-Código CNES 4058887			
26-Nome do Profissional Executante SILVANA TROMBONI KOTTKE				27-Número no CRO 49479		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	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			01/09/25		Adguelco
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 0,00	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 / / SILVANA TROMBONI KOTTKE	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista / / SILVANA TROMBONI KOTTKE	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Adguelco	53-Data, local e Assinatura da Empresa / / Odonto Sil CNPJ: 46.541.613/0001-37 Dra. Silvana Tromboni CPF: 176.782.278-25 CRO: SP-49479
---	---	--	--