



2350240
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/25	4-Data de Autorização 17/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14004081	7-Data Validade da Senha 14/09/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025116176800087601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INTELBRAS SA INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WILLIAM STEFFENS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WILLIAM STEFFENS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JEAN JESSE FARIAS	18-Número no CRO 16502	19-UF SC	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51487412000139	22-Nome do Contratado Executante JEAN JESSE ODONTOLOGIA LTDA ME	23-Número no CRO 16502	24-UF SC	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante JEAN JESSE FARIAS	27-Número no CRO 16502	28-UF SC	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	61,00	0,00			17/06/25		
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 61,00	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			
Dr. Jean Jessé Farias Cirurgião-Dentista CRO-SC 16502			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /