



886876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 2 / 2 2	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 9615310	7-Data Validade da Senha 2 3 / 0 5 / 2 2
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202539423900006402	POS REDE PRESTADORA	SANTA CATARINA INFORMATICA	__/__/__	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSIANE ALZIRA COELHO DIX	() -	JAQUES DOUGLAS BAUMGART DIX

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIA BEUTING HUEBES	18-Número no CRO 19909	19-UF SC	20-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 2 4 6 1 1 3 9 6 0	22-Nome do Contratado Executante JULIA BEUTING HUEBES	23-Número no CRO 19909	24-UF SC	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BEUTING HUEBES	19909	SC	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 -	0 0 8 4 0 0 0 1 1 2	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	7 6 , 0 0	3 4 , 2 0	, P	/ /			
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 7 6 0 0	47-Valor Total R\$ 3 4 2 0	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
/ /	/ /	/ /	/ /