



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 9 / 1 2 / 2 5		4-Data de Autorização _ _ / _ _ / _ _		5-Senha _ _ _ _ _		6-Número da Guia Principal 14705391		7-Data Validade da Senha 0 7 / 1 0 / 2 1 2 6		2571826 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																									
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 2 3 3 9 8 2 0 0 0 3 2 0 2				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa SENHORA DOS CAMPOS				12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709505635270070													
13-Nome ZILMA MARQUES DE RAMOS												14-Telefone (_ _) _ _ _ - _ _ _ _		15-Nome do titular do plano EMERSON DE OLIVEIRA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA ALANA KLITZKE				18-Número no CRO 14375		19-UF SC		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 7 5 2 0 4 7 9 1 1				22-Nome do Contratado Executante JESSICA ALANA KLITZKE				23-Número no CRO 14375		24-UF SC		25-Código CINES													
26-Nome do Profissional Executante JESSICA ALANA KLITZKE				27-Número no CRO 14375		28-UF SC		29-Código CBO S																	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régulo		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 1 8 5 1 0 2 0 0		1		RESTAURAÇÃO RESINA		11		VP		1		8 8 0 0		0 0 0								15 DEZ 2025		JESSICA	
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-Totai 2-Parcial		46-Total Quantidade US _ _ _ _ _ 0 _ _ 0 0		47-Valor Total R\$ _ _ _ _ _ 0 _ _ 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ _ _ _ _ _ 0 _ _ 0 0															
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 15 DEZ 2025												51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável													