



2434622
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 0 8 / 2 5	4-Data de Autorização 2 1 / 1 0 / 2 5	5-Senha CANCELADO	6-Número da Guia Principal 14278644	7-Data Validade da Senha 2 1 / 1 0 / 2 5
--------------------------	--	--	----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 3 7 6 9 9 3 0 0 0 5 0 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HELPER TECNOLOGIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLAMES SANTANA DE FRANCA 22/12/1982		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WILLAMES SANTANA DE FRANCA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALENE KELLY FERREIRA DE MENEZES	18-Número no CRO 4305	19-UF SE	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 0 3 6 6 3 4 1 5 5 3	22-Nome do Contratado Executante ALENE KELLY FERREIRA DE MENEZES	23-Número no CRO 4305	24-UF SE	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALENE KELLY FERREIRA DE MENEZES		27-Número no CRO 4305	28-UF SE	29-Código CBO S

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 -												
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 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 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 Guia Tratamento Odontológico cancelada por ter ultrapassado o prazo de validade			
--	--	--	--

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 / /
--	--	--	--