



612181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/21	4-Data de Autorização 13/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8788701	7-Data Validade da Senha 05/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PERKONS S A		11-Data Validade da Carteira _/_/__/__		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202520399400029401		13-Nome CARLOS ALBERTO ALVES DE SOUSA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO ALVES DE SOUSA		13/11/1982	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante MATHEUS SANGALLI FILIPPIN		18-Número no CRO 119631		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 40614458803		22-Nome do Contratado Executante MATHEUS SANGALLI FILIPPIN		23-Número no CRO 119631		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MATHEUS SANGALLI FILIPPIN		27-Número no CRO 119631		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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S			
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S			
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S			
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 178,00	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 _/_/__/__	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Matheus S. Filippin	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Carlos Alberto Alves de Sousa	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__
--	--	--	--