



425661
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 425661	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RODRIGO TALICO CARVALHO ME		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202532210100000103		13-Nome JULIA MUHLBEIER CARVALHO		14-Telefone 22/10/2002		15-Nome do titular do plano RODRIGO TALICO CARVALHO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		18-Número no CRO 14893		19-UF SC		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08104793977		22-Nome do Contratado Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 14893		24-UF SC		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante GISELLE ROSA FERREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 14893		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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	15/12/20		Julia
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	15/12/20		Julia
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	15/12/20		Julia
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	15/12/20		Julia
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 140,00	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 15/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--