





1118102  
INTERCÂMBIO

|                                                                |  |                                       |  |                                                                                    |  |                                                     |  |                                        |  |                                       |  |
|----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>25/08/22 |  | 4-Data de Autorização<br>25/08/22                                                  |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                               |  | 6-Número da Guia Principal<br>10292491 |  | 7-Data Validade da Senha<br>23/11/22  |  |
| 8-Número da Carteira<br>002025651700005701                     |  |                                       |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                     |  | 10-Empresa<br>MICRO JUNTAS INDUSTRIA E              |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /    |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |
| 13-Nome<br>FABIOLA CECILIA BRAZ                                |  |                                       |  | 14-Telefone<br>14/12/1992                                                          |  | 15-Nome do titular do plano<br>FABIOLA CECILIA BRAZ |  |                                        |  |                                       |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       |  |                                       |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CONTRASTE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA JOINVILLE |  | 18-Número no CRO<br>14538                           |  | 19-UF<br>SC                            |  | 20-Código CBO S<br>09                 |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>22572211000131          |  |                                       |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>CONTRASTE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA              |  | 23-Número no CRO<br>14538                           |  | 24-UF<br>SC                            |  | 25-Código CNES<br>9309780             |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUCIANO TONETTO FELTRACO |  |                                       |  | 27-Número no CRO<br>14538                                                          |  | 28-UF<br>SC                                         |  | 29-Código CBO S                        |  | 025 -<br>Faturar Empresa              |  |

  

| 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         | 00345                     | DOC ORTODONTICA "A" |                 |         | 1      | 381,00           | 0,00     |                                 |        | 25/08/22              |                    | X F. Feltraco |
| 2         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

  

|                                                    |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                  |  |                            |  |                                         |  |
|----------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>25/08/22 |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |  | 46-Total Quantidade US<br>381,00 |  | 47-Valor Total R\$<br>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 onerações 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<br>25/08/22 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>25/08/22 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/08/22 Fabiola C. Braz | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>25/08/22 Luciano Feltraco Radiologista CRO/SC 14.538 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|