



417611
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8071121	7-Data Validade da Senha 10/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526868200021303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GLAUBER DOS SANTOS		14-Telefone 09/10/1978	15-Nome do titular do plano ELVIELE DO COUTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/10/21		<i>Glauco</i>
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	27/01/21		<i>Glauco</i>
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/01/21		<i>Glauco</i>
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/01/21		<i>Glauco</i>
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/01/21		<i>Glauco</i>
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 174,00	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 apresentado, 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 Alterada a Guia de temporária para definitiva (Beneficiário).	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>24/10/21 Ana Paula Rosa</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>29/11/21 Ana Paula Rosa</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável <i>24/10/21 Glauco</i>	53-Data, local e Carimbo de Empresa <i>24/10/21 Ana Paula Rosa</i>
--	---	---	---	---

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgia Dentista
CRO 9485