



**575067**  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/06/21	4-Data de Autorização 22/07/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8667016	7-Data Validade da Senha 05/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202523923700043001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FRANCISCO TEODORO NETO		14-Telefone 20/06/2016	15-Nome do titular do plano FRANCISCO TEODORO NETO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CAROLINA LISO VALERETTO	18-Número no CRO 131993	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35437726864	22-Nome do Contratado Executante CAROLINA LISO VALERETTO	23-Número no CRO 131993	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CAROLINA LISO VALERETTO		27-Número no CRO 131993	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	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	54		1	49,00	0,00		S	/ /		
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	55		1	49,00	0,00		S	/ /		
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	64		1	49,00	0,00		S	/ /		
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	65		1	49,00	0,00		S	/ /		
5	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	74		1	49,00	0,00		S	/ /		
6	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	75		1	49,00	0,00		S	/ /		
7	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	84		1	49,00	0,00		S	/ /		
8	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	85		1	49,00	0,00		S	/ /		
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 392,00	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 / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--