



532484
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/04/21	4-Data de Autorização 08/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8516326	7-Data Validade da Senha 22/07/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200156401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FABIO JUNIO DOS SANTOS		14-Tipo de plano 92 98262 4123	15-Nome do titular do plano FABIO JUNIO DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 86577867100	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/05/21		FABIO
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/05/21		FABIO
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/05/21		FABIO
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/05/21		FABIO
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/05/21		FABIO
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização 08/05/21	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 08/05/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/05/21 Dr. Dirleo C. Zagonel CRO-AM 3897	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/05/21 FABIO JUNIO	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



532615
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10/14/12/11	4-Data de Autorização 10/3/11/05/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8516837	7-Data Validade da Senha 12/3/11/01/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0101201253579301010101010151	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAYSSA DO ROSARIO CRUZ MONTEIRO					
21/06/2005					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EODONTO CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 3897	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18165777867110101	22-Nome do Contratado Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	23-Número no CRO 3897	24-UF AM	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DIRLEO CARLOS ZAGONEL	27-Número no CRO 3897	28-UF AM	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0018101000310	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Faixa 1	35-Cid 1	36-Quantidade US 341010
37-Válido 101010	38-Franquia/Co-participação R\$ 15193195121	39-Ant 1	40-Data da Realização 12/14/10/14/12/11	41-Motivo da Glor X Nucleo	42-Assinatura
2-1					
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsto Término do Tratamento 03/05/1211					
44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Totai 2-Parcial					
46-Totai Quantidade US 1341010					
47-Valor Totai R\$ 101010					
48-Totai Franquia / Co-participação R\$ 101010					
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 03/10/11/211 Pr. Dirleio Carlos Zagonel CRO-AM 3897					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 03/10/11/211 Cirurgião Dentista CRO-AM 3897					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/11/211 Nayla Sulya de Aguiar					
53-Data, local e Contributo da Empresa					