



493126
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/03/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 493126	7-Data Validade da Senha 06/06/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510272200161001		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome PAULO RAFAEL GOMES DOS SANTOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano PAULO RAFAEL GOMES DOS SANTOS	
		23/09/1992			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 2748		19-UF AM	20-Código CBO S 025 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52096092272		22-Nome do Contratado Executante JONES CARIM TUMA FILHO		23-Número no CRO 2748	24-UF AM
26-Nome do Profissional Executante JONES CARIM TUMA FILHO		27-Número no CRO 2748		28-UF AM	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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	36		1	34,00	0,00		N	07/03/2021	Paulo	
2	0085200034	TRATAMENTO EM	36		1	8,00	0,00		N	07/03/2021	Paulo	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Revisão do Tratamento 07/03/21	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 42,00	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: Algio dente 36 devido pulpet. Furo pulpeto mio, MLC, Amortico, puxação medi-
camentosa e fixação mio. *Dr. Victoria Borges*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/03/21 <i>Dr. Victoria Borges</i> CRO-AM 7444	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/03/21 <i>Dr. Victoria Borges</i> CRO-AM 7444	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/03/21 <i>Paulo Rafael</i> CRO-AM 7444	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--