



2.º Nº

430523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/11/2020	4-Data de Autorização 30/11/2020	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 430523	7-Data Validade da Senha 28/12/21
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 002025111631600012011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDENE PEREIRA DE OLIVEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDENE PEREIRA DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado: Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO	18-Número no CRO 2748	19-UF AM	20-Código CBO S 025 -		
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 520916092272	22-Nome do Contratado Executante JONES CARIM TUMA FILHO	23-Número no CRO 2748	24-UF AM	25-Código CNES		
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-Faco	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-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	30/11/2020	<i>Claudene</i>
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	25		1	8,00	0,00		N	30/11/2020	<i>Claudene</i>
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-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
Quanto ao valor bruto de 42,00 reais, o valor líquido a ser pago é de 0,00 reais devido a cobertura do plano. 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2020 <i>Jones Carim T. Filho</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2020 <i>Jones Carim T. Filho</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2020 <i>Claudene Pereira de Oliveira</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--