



371799
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2019	4-Data de Autorização 11/11/19	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 371799	7-Data Validade da Senha 07/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511631600012301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/19	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANTONIO JOSE PINTO MATIAS		14-Telefone 13/10/1962	15-Nome do titular do plano ANTONIO JOSE PINTO MATIAS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alienação a RH 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 na Operadora / CNPJ / CPF 52096092272	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-Face	35-Qnt	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	08/09/20		
2.	0085200034	TRATAMENTO EM	23		1	8,00	0,00		N	08/09/20		
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/10/20	44-Tipo de Alienação 1-1-Tratamento Odontológico 3-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
Conferir com o paciente sobre o valor do tratamento e a forma de pagamento. Paciente não possui plano de saúde e não possui recursos financeiros para arcar com o custo do tratamento. Paciente não possui recursos financeiros para arcar com o custo do tratamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/09/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/09/20
---	---	---	---