



474567
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 474567	7-Data Validade da Senha 11/05/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202529056200009001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira 11/02/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702406506410121	
13-Nome HEDIANE GOMES DOS SANTOS		14-Telefone 15/03/1983	15-Nome do titular do plano HEDIANE GOMES DOS SANTOS		
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 414 -	
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	

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	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	10/02/2021		[Assinatura]
2-00	85200034	TRATAMENTO EM	46		1	8,00	0,00		N	10/02/2021		[Assinatura]
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/02/2021	44-Tipo de Atendimento 1-1-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 Como Conda, apresentada no plano 16. Após alguns meses, houve a mudança de plano para o plano 17, com a inclusão de alguns procedimentos, sendo assim, a mesma foi atualizada e o plano 17 foi assinado e o plano 16 foi cancelado.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/02/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	---	---	---	-------------------------------------

Handwritten signature and notes at the bottom of the page.