



401648
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 401648	7-Data Validade da Senha 19/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510272200160502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELIZABETH MEIRELES QUEIROZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIEGO DA SILVA PASSOS		
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 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-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	45		1	34,00	0,00		N	21/10/20		Elizabeth
2	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	45		1	8,00	0,00		N	21/10/20		Elizabeth
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/20	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: Paciente com algia no dente 45. Após exames notou-se que o referido dente já havia sido submetido a pulpa-forma anterior, mas não foi concluído tratamento. Foi feito nova medicação intracanal, curativo e encaminhamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/20 Dr. Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 2748	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/20 Dr. Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 2748	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/20 Elizabeth Meireles Queiroz	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--