



608115
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/07/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 608115	7-Data Validade da Senha 03/10/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202528929100040902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700402439185044
13-Nome CARLA DA SILVA NOGUEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DENIS DE SENA 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 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 Causa 42-Assinatura
1-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	05/07/2021	Carla da Silva
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	34		1	8,00	0,00		N	05/07/2021	Carla da Silva
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/07/21	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: *Doença pulpa 34 devido pulpa vital pulpectomia, curativo, prescrição medicamentosa e encaminhamento.*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/07/21 <i>Marcio Brandão</i> Cirurgião - Dentista CRO - AM 5874	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/21 <i>Marcio Brandão</i> Cirurgião - Dentista CRO - AM 5874	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 05/07/21 <i>Carla da Silva</i> Beneficiário - Nogueira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--