



615338
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/17/21	4-Data de Autorização 11/11/17	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 615338	7-Data Validade da Senha 09/10/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202539804600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/17
13-Nome LIZANDRA KITZINGER MAGALHAES			15-Nome do titular do plano LIZANDRA KITZINGER MAGALHAES		
			14-Telefone (11) 1111-1111		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO / Andre Luiz		18-Número no CRO 2748 / 4840	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 / Andre Luiz		27-Número no CRO 2748 / 4840	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			1	34,00	0,00		N	11/07/2021		Andre Luiz
2	0085200034	TRATAMENTO EM	48		1	8,00	0,00		N	11/07/2021		Andre Luiz
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/07/21	44-Tipo de Atendimento 4 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 Des no elemento 48. Após exames clínicos e radiográficos correlacionados elevar-se em posição horizontal paraclusão com dentes maxilares. Feito prescrição medicamentosa.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/07/21 Dr. Andre Luiz Carvalho Cirurgião Dentista CRO AM 4840	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/07/21 Dr. Andre Luiz Carvalho Cirurgião Dentista CRO AM 4840	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/21 Lizandra Kitinger Magalhães	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/17