



384140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/06/2019	4-Data de Autorização 12/09/2019	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7909931	7-Data Válida de Seriação 12/05/2019
8-Fluxo da Carteira 0 0 0 2 0 2 5 3 1 9 6 2 7 0 0 0 0 1 0 1			9-Tipo POS REDE PRESTADORA		
13-Nome CRISTINA MACHADO DE ARAUJO			23/02/1990		
14-Fluxo (19/02/19 09:39:31-4442)					
15-Nome do Titular do plano CRISTINA MACHADO DE ARAUJO			11-Data Válida da Carteira 12/06/2019		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			16-Atendimento a RN CLÍNICA ORAL D - MATRIZ		
17-Atendimento a RN CLÍNICA ORAL D - MATRIZ			18-Munícipio no CHO 4114		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 539441038253			22-Nome do Contratado Encarregado KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR		
26-Nome do Profissional Encarregado KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR			27-Munícipio no CHO 4114		
28-UF AM			29-Código CBO S 04		
25-Código CNES AM			25-Código CNES AM		
29-Código CBO S 4114			29-Código CBO S 4114		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regio	34-Fraco	35-Cnt	36-Quantidade	37-Valor	38-Frangquia/Co-participação	39-Auf	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	16,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	28	0	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0V	1	8,8	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
7-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
8-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
9-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
10-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
11-0	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	crisline
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade	47-Total Valor	48-Total Frangquia / Co-participação	49-Total Valor	50-Total Valor	51-Total Valor	52-Total Valor	53-Total Valor	54-Total Valor	55-Total Valor
	1-1	1-1	5	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, cabendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Paciente / Titular do Plano	51-Data local e Assinatura do Profissional	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Assinatura do Encarregado
12/06/2019	12/06/2019	12/06/2019	12/06/2019

* Cristina machado de Araujo