

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº


394881
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2010	4-Data de Autorização 13/11/2010	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 394881	7-Data Validade da Senha 11/01/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202508627800000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ICARO DUKIEVICZ DOMINGUES SILVA		14-Telefone () 32864703	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano CIRO DOMINGUES ANUNCIACAO SILVA					
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-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	13/11/2010		
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	64		1	8,00	0,00		N	13/11/2010		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/11/2010	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 compareceu a clínica com queixa de dor espontânea no elemento 64. Após exames clínicos e radiográficos, verificou-se fratura de coroa e fratura com comprometimento pulpar. Foi realizada amputação coronária, medicação intracanal e curativo. Paciente recebeu encaminhamento à prescrição medicamentosa.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2010 Dra. Camilla Johnson N. Furtado	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2010 Dra. Camilla Johnson N. Furtado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2010 Ciro Domingues Anunciacao Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
Cirurgiã - Dentista CRO/AM 5271		Cirurgiã - Dentista CRO/AM 5271	