



393579
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 393579	7-Data Validade da Senha 07/01/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020253261770000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome DAYANA COELHO DE SOUZA		14-Telefone 21/08/1986	15-Nome do titular do plano DAYANA COELHO DE SOUZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			20-Código CBO S 025 -		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO	18-Número no CRO 2748	19-UF AM		
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
1-00	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA	28		1	34,00	0,00		N	09/10/2020		DAYANA COELHO
2-00	85200034	TRATAMENTO EM	28		1	8,00	0,00		N	09/10/2020		DAYANA COELHO
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 4 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 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 à clínica com dor no elemento 28. Após exames clínicos e radiográficos, verificou-se lesão com comprometimento pulpar. Diante do caso de pulpa irreversível, foi realizado obturação coronária, medicação intracanal, restauração temporária e prescrição medicamentosa e analgésica.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/20 Dr. Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 5748	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20 Dr. Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 5748	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20 DAYANA COELHO DE SOUZA	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

mento para hoto
mento endodôntico