



486801
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 12/06/2021	4-Data de Autorização 11/01/2021	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 486801	7-Data Validade da Guia 12/07/2021
Dados do Beneficiário:					
8-Número do Cartão 00202531732900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2021	12-Endereço do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KELSON OLIVEIRA DE SOUSA		14-Telefone 14/01/1976	15-Nome do titular do plano KELSON OLIVEIRA DE SOUSA		
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento:					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO	18-Número no CRO 2748	19-UF AM	20-Código CRO 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 CRO 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-Valor
1	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		N	26/02/2021	kelson	
2	0085200034	TRATAMENTO EM	48		1	8,00	0,00		N	26/02/2021	kelson	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 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(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Paciente com algio dental 48. Dor do tipo radicular, com indicação para exodontia. Feito analgesia medicamentosa e encaminhado.

50-Dado local e Assinatura do Profissional Solicitante 26/02/21 Dr. Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 2748	51-Dado local e Assinatura do Profissional Responsável 26/02/21 Dr. Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 2748	52-Dado local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 26/02/21 Kelson Oliveira de Sousa	53-Dado local e Carimbo da Empresa
---	---	---	------------------------------------