



2.º

399541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/2019	4-Data de Autorização 19/10/2019	5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 399541	7-Data Validade da Série 17/10/21
8-Endereço do Beneficiário					
9-Número da Carteira 00202510272200146602		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número da Cartão Nacional de Saúde
14-Nome DAYANA PEREIRA SANTOS		15-Data de Nascimento 16/03/1992	16-Telefone (11) 01847751	17-Nome do titular do plano STEVANIA BRITO DE FARIAS	
18-Atendimento a RM N					
19-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO		20-Número no CRO 2748	21-UF AM	22-Código CRO S 025	
23-Código na Operadora / CNPJ / CNP 52096092272		24-Nome do Contratado Executante JONES CARIM TUMA FILHO	25-Número no CRO 2748	26-UF AM	27-Código CRO S
28-Nome do Profissional Executante JONES CARIM TUMA FILHO		29-Número no CRO 2748	30-UF AM	31-Código CRO S	

32-Item	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Qnt	38-Quantidade US	39-Valor	40-Franquia/Co-participação R\$	41-Aut	42-Data de Realização	43-Motivo da Glosa	44-Assinatura
1	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3400	0000		N	19/10/2019	Dayana	
2	0085200034	TRATAMENTO EM	26		1	800	0000		N	19/10/2019	Dayana	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

45-Data Prevista Término do Tratamento 19/10/2019	46-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Endodontia/Emergência	47-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	48-Total Quantidade US 4200	49-Valor Total R\$ 0000	50-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), 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.

Obs: Observações: Paciente compareceu a clínica com alguns apertores no dente 26. Após exames clínicos e radiográficos verificou-se lesão com infiltração profunda. Além do caso de pulpa irreversível, foi realizado tratamento com restauração pulpetonela, medicação intracanal, rubor roxo temporário.

51-Data, Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante 19/10/2019 De Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 2748	52-Data, Assinatura e Carimbo do Contratado Executante 19/10/2019 De Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 2748	53-Data, Assinatura e Carimbo do Beneficiário / Responsável 19/10/2019 Dayana Pereira Santos	54-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	---