



2.4

504836  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                      |                                  |                                      |                                    |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>20/03/21 | 4-Data de Autorização<br>_/_/__/_/_/ | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>504836 | 7-Data Válida da Senha<br>18/06/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                      |                     |                        |                              |                                       |
|----------------------|---------------------|------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira | 9-Plano             | 10-Empresa             | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 00202534618400000101 | POS REDE PRESTADORA | DENTAL UNI COOPERATIVA |                              |                                       |

|                                        |                           |                                                            |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>REGINALDO MESQUITA DA SILVA | 14-Telefone<br>14/05/1974 | 15-Nome do titular do plano<br>REGINALDO MESQUITA DA SILVA |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                               |                          |             |                          |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JONES CARIM TUMA FILHO | 18-Número no CRO<br>2748 | 19-UF<br>AM | 20-Código CBO S<br>025 - |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|

|                                     |                                  |                  |       |                |
|-------------------------------------|----------------------------------|------------------|-------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
| 52096092272                         | JONES CARIM TUMA FILHO           | 2748             | AM    |                |

|                                                                                     |                                       |              |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JONES CARIM TUMA FILHO / <i>Rike Oliveira</i> | 27-Número no CBO<br>2748 <i>13913</i> | 28-LUF<br>AM | 29-Código CBO S |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

|                                                      |                                                                                                                 |                                                  |                                 |                            |                                                 |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>20.03.2021 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência<br>1 | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial<br>1 | 46-Total Quantidade US<br>42,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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 plausível diagnóstico de 16. Após exames clínicos e radiográficos concluiu-se que o diagnóstico foi de lesão de pulpa com necrose pulpar, com presença de abscesso periapical. Foi realizado tratamento endodôntico com sucesso.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
20/11/93  
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
20/11/93  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável  
20/11/93  
53-Data, local e Carimbo da Empresa  
[ ]/[ ]/[ ]

CRO / AM 3973

CRO / AM 39