



509516
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/03/2021	4-Data de Autorização 02/02/1972	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 509516	7-Data Validade da Senha 24/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511631600011303		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MANOEL AUGUSTO FERREIRA JUNIOR			14-Telefone (00) 00000000	15-Nome do titular do plano LUCIENE DA SILVA IZEL	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
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	26/03/2021	21/08/2021	
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	44		1	8,00	0,00		N	26/03/2021	21/08/2021	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/03/2021	44-Tipo de Atendimento 1-1-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
--	--	---	---------------------------------	----------------------------

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 no 44. Após exames clínicos e radiográficos, verificou-se dano com dextra e exposição do nervo. Paciente em tratamento. Foi realizado restauração provisória e encaminhamento para especialista em prótese.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/03/2021 Dra Camilla Johnson N. Furtado Cirurgiã - Dentista CROIAM 5271	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/03/2021 Camilla Johnson N. Furtado Cirurgiã - Dentista CROIAM 5271	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/03/2021 Luciene da Silva Izel Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa 00/00/00
---	---	---	---