



516468
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/14	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 516468	7-Data Validade da Senha 05/10/12
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202529056200015202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70003487719600
-----------------------	--	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---

13-Nome OLENIA DE SOUZA	14-Telefone (912) 9982-9513	15-Nome do titular do plano HEWDERSON SIDNEY SOUZA DE VASCONCELOS
----------------------------	--------------------------------	--

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 414 -
---	--	--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

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 Ciosa	42-Assinatura
1-	008100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	06/04/14		Olenia
2-	008520034	TRATAMENTO EM	47		1	8,00	0,00		N	06/04/14		Olenia
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/14	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 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 sem fatura de atualização do dente 47. Após exames clínicos e radiográficos, verificou-se fratura com comprometimento pulpar. Diante do caso, foi realizado limpeza, selado e encaminhado para tratamento definitivo.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/14, João Carlos Oliveira, Cirurgia - Dentista, CRO-AM 5223	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/14, João Carlos Oliveira, Cirurgia - Dentista, CRO-AM 5223	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/14, Olenia de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------