



2-Nº

476547
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/02/2021	4-Data de Autorização 12/02/2021	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 476547	7-Data Validade da Senha 13/05/21
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600075803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 12/02/2021	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCA KEMUEL LOPES SOUZA		14-Telefone 92 99360 8804	15-Nome do titular do plano MAYCON ROBERTO RIBEIRO DE SOUZA	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-00	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		N	12/02/2021		Luca Kemuel Lopes Souza
2-00	82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA	14		1	8,00	0,00		N	12/02/2021		Luca Kemuel Lopes Souza
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Revisão/Término do Tratamento 12/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-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 com sangramento intenso na região do elemento 14 que o mesmo relatou ter realizado exodontia no mesmo dia deste atendimento, em outro local. Ao exame clínico verificou-se presença de hematoma bucal e sangramento na região. Ao exame radiográfico foi observada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/21 Dr. Jones Carim Tuma Filho	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21 Dr. Jones Carim Tuma Filho	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21 Luca Kemuel Lopes Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

presença de pontos de sutura bucal. Diante do caso, foi realizado controle da hemorragia, irrigação e novo exame. Paciente foi encaminhado para avaliação com dentista responsável.