



504904
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/03/2021	4-Data de Autorização 23/05/2011	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 504904	7-Data Validade da Senha 18/06/21
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008753394504
13-Nome LARA EMANUELLY LIMA DOS SANTOS		14-Telefone (92) 8189-7836	15-Nome do titular do plano KARLA PATRICIA DINIZ DE LIMA		

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,00	0,00		N	20/03/2021	x Karel	
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	73	1		8,00	0,00		N	20/03/2021	x Karel	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/03/21	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(ram) 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
Ataca em elemento 73. Ao exame radiográfico foi observado a formação do permanente e os exames clínicos, mobilidade do 73. Foi feito tratamento prescrito medicamentoso e encaminhamento p/ acompanhamento odontopediátrico.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/03/21 Luiza Lima	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/03/21 Luiza Lima	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/03/21 Karla Patricia	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Dra. Luiza H. de Lima
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 6725

Dra. Luiza H. de Lima
Cirurgiã Dentista
CRO-AM 6725

Dra. Karla Patricia
Diniz de Lima