



616109
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/21	4-Data de Autorização 11/06/83	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 616109	7-Data Validade da Senha 10/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/01/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202508627800000101		13-Nome CIRO DOMINGUES ANUNCIACAO SILVA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano CIRO DOMINGUES ANUNCIACAO SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO	18-Número do CBO 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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		N	12/07/21		
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	27		1	8,00	0,00		N	12/07/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/07/21	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 a clínica com fratura de restauração do elemento 27. Após exames clínicos e radiográficos, verificou-se fratura neste elemento sem comprometimento pulpar. Sendo o caso, foi realizada a limpeza da cavidade restaurada temporária e encaminhado para realização de tratamento definitivo.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/07/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/07/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Dr. R. F. S. S. S.
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 6654

Dr. R. F. S. S. S.
Cirurgião-Dentista
CRO-AM 6654

A. S. C. P.