



476748  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                               |                                    |                                                            |                                       |                                      |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/10/2021                       | 4-Data de Autorização<br>11/11/21  | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                           | 6-Número da Guia Principal<br>476748  | 7-Data Validade da Senha<br>14/10/21 |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                               |                                    |                                                            |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202520648000012301                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                | 10-Empresa<br>BRITANIA COMPONENTES | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/21                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>JEFFERSON DE SOUZA DA SILVA                       |                                                               | 14-Telefone<br>29/04/1976          | 15-Nome do titular do plano<br>JEFFERSON DE SOUZA DA SILVA |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                               |                                    |                                                            |                                       |                                      |
| 16-Abandono a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JONES CARIM TUMA FILHO | 18-Número no CRO<br>2748           | 19-UF<br>AM                                                | 20-Código CBO S<br>025                |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>52096092272           | 22-Nome do Contratado Executante<br>JONES CARIM TUMA FILHO    | 23-Número no CRO<br>2748           | 24-UF<br>AM                                                | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JONES CARIM TUMA FILHO |                                                               | 27-Número no CRO<br>2748           | 28-UF<br>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      | 13/02/21              |                    |               |
| 2         | 0085200034                | TRATAMENTO EM            | 18              |         | 1      | 8,00             | 0,00     |                                 | N      | 13/02/21              |                    |               |
| 3         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>13/02/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>42,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 com algia no dente 18. Após exames notou-se mobilidade grau III além de ausência completa de tecido osseo neste dente, resultando em indicação para exodontia. Foi feita prescrição medicamentosa e encaminhamento.

|                                                                           |                                                               |                                                                                          |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>13/10/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/10/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/10/21 Jefferson de Souza | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/21 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Jones Carim Tuma Filho  
CRM-AM 7749

Dr. Jones Carim Tuma Filho  
CRM-AM 7748