



619722

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 14/07/21	4-Data de Autorização 11/11/21	5-Série Indeniz de liberação	6-Número do Guia Principal 619722	7-Data Validade da Série 12/10/21
8-Número do Cartão 00202511633600012601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome Eveline Daiana de G. R. Lima	14-Telefone (11) 993471066	15-Nome do titular do plano Eveline Daiana de Jesus Ribeiro Lima			
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	
21-Código no Operador / 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-Clm	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura
1-00	81.000349	urgência de hora	25		01		0,00		N	14.07.2021		Eveline
2-00	852.00034	trat. em odontolgia	agudo		01		0,00		N	14.07.2021		Eveline
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/07/21	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 79,00	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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome a 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 dor no dente 25 após exame notou-se lesão parodontal neste dente. Diante do caso de necrose pulpar, foi feita a extração, medicação intracanal, restauração temporária e encaminhamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/07/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/21	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 14/07/21	53-Data, local e Assinatura da Empresa 14/07/21
---	---	---	--