



396848
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 396848	7-Data Validade da Senha 13/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa BRITANIA COMPONENTES		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202511631600024801									
13-Nome ALESSANDRA LIMA ROCHA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALESSANDRA LIMA ROCHA			
				29/08/1987					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 2748		19-UF AM		20-Código CBO S 025 -	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO					
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-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	15/10/2020		Alessandra
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	23		1	8,00	0,00		N	15/10/2020		Alessandra
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-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 algum desconforto no elemento 23. Foi realizado exame clínico e radiográfico, observando-se lesão cariosa com envolvimento pulpar. Sendo de urgência, foi realizado tratamento pulpar e restauração provisória. Encaminhado para tratamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/20 Dr. Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 2748	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20 Dr. Jones Carim Tuma Filho CRO-AM 2748	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20 Alessandra Alessandra Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--