



519807
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 519807	7-Data Validade da Senha 08/07/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202532229200000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATHALIA MARTINS DA SILVA		14-Telefone 28/11/2001 () -		15-Nome do titular do plano LETICIA BEATRIZ FERNANDES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Abandono a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO		18-Número no CRO 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		

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	09/04/21		Nathalia
2-0085200034		TRATAMENTO EM	21		1	8,00	0,00		N	09/04/21		Nathalia
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/04/21	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(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 para análise e tratamento de urgência. Após exames clínicos e radiográficos, observou-se que o dente 21 possui canal tratado. Diante do caso, foi realizado prescrição medicamentosa e encaminhamento para radiografia.		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/04/21, Dr. Larissa Oliveira, Cirurgiã - Dentista CRO-AM 5222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/04/21, Larissa Oliveira, Cirurgiã - Dentista CRO-AM 5222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/04/21, Nathalia Martins da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	--	--	-------------------------------------