

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



538122
INTERCÂMBIO

car. de

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 538122	7-Data Validade da Senha 28/07/21
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 00202510272200095101		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome RAIMUNDO MARCELO DA SILVA PARENTE			14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
15-Nome do titular do plano RAIMUNDO MARCELO DA SILVA PARENTE			16-Atendimento a RN N		
17-Nome do Profissional Solicitante JONES CARIM TUMA FILHO			18-Número no CRO 2748		19-UF AM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 52096092272			22-Nome do Contratado Executante JONES CARIM TUMA FILHO		20-Código CBO S 025 -
26-Nome do Profissional Executante JONES CARIM TUMA FILHO			23-Número no CRO 2748		24-UF AM
27-Número no CRO 2748			28-UF AM		25-Código CNES
29-Código CBO S			30-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	29/04/21		<i>Carim Tuma</i>
2-0085200034		TRATAMENTO EM	14		1	8,00	0,00		N	29/04/21		<i>Carim Tuma</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/04/21	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 alegação de dor no elemento 14. Após exame clínico e radiográfico, verificou-se lesão com infiltração pulpar no elemento 14. Foi realizado exame radiográfico interno, mostrando presença de material no interior do elemento 14. Indicação para tratamento endodôntico.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/04/21 <i>Dra. Larissa Oliveira</i> Dra. Larissa Oliveira Cirurgiã - Dentista CRO-AM 5223	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/04/21 <i>Dra. Larissa Oliveira</i> Dra. Larissa Oliveira Cirurgiã - Dentista CRO-AM 5223	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 29/04/21 <i>Marcelo da Silva Parente</i> Marcelo da Silva Parente	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--