

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



514289
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2021	4-Data de Autorização 11/10/1994	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 514289	7-Data Validade da Senha 02/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202520648000014401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/10/1994	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MENDES GABRIEL NETO					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano MENDES GABRIEL NETO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição 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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		N	02/04/2021		
2-	0082001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-	26		1	8,00	0,00		N	02/04/2021		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data prevista para o Tratamento 02/04/21	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 com dor no pulso na região do elemento 26, o mesmo relatou um trauma após cair uma cadeira sobre o dente. Após exames clínicos verificamos lesão inflamatória na região. Foi feito a limpeza, prescrever medicamentos e encaminhamento (Foto)

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/04/21 Dr.ª Erika S. de Oliveira CRO / AM 3973	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/04/21 Dr.ª Erika S. de Oliveira CRO / AM 3973	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/04/21 Mendes Gabriel Neto	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------