



640978
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/07/2021	4-Data de Autorização 03/04/1999	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 640978	7-Data Validade da Senha 29/07/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253996540000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 03/04/1999	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDUARDO GONZAGA COELHO		14-Telefone (000) 0000-0000	15-Nome do titular do plano EDUARDO GONZAGA COELHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	29/07/2021		Eduardo Coelho
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	47		1	8,00	0,00		N	29/07/2021		Eduardo Coelho
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/09/2021	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 a clínica com alguma espontaneidade no elemento 47. Após exames clínicos e radiográficos, verificou-se que o elemento foi tratado de pulpectomia anterior, porém não ocorreu tratamento definitivo. Diante do caso, foi realizado nova medicação intracanal, nova restauração temporária e encaminhado.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/07/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

Drª Erika S. de Oliveira
Cirurgiã Dentista
CRO / AM 3973

Cirurgiã Dentista
CRO / AM 3973