



623819  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                     |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/07/21 | 4-Data de Autorização<br>01/03/1995 | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>623819 | 7-Data Validade da Senha<br>15/10/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                       |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202540027900000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>01/03/1995            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>SABRINA DOS SANTOS VAZ            |                                | 14-Telefone<br>(11) 0000-0000        | 15-Nome do titular do plano<br>SABRINA DOS SANTOS VAZ |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                               |                          |             |                          |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JONES CARIM TUMA FILHO | 18-Número no CRO<br>2748 | 19-UF<br>AM | 20-Código CBO S<br>025 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>52096092272           | 22-Nome do Contratado Executante<br>JONES CARIM TUMA FILHO    | 23-Número no CRO<br>2748 | 24-UF<br>AM | 25-Código CNES           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JONES CARIM TUMA FILHO |                                                               | 27-Número no CRO<br>2748 | 28-UF<br>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      | 17/07/2021            | SABRINA SANTOS     |               |
| 2-        | 0085200034                | TRATAMENTO EM            | 18              |         | 1      | 8,00             | 0,00     |                                 | N      | 17/07/2021            | SABRINA SANTOS     |               |
| 3-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>17/07/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>42,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 18. Após exames, clínicos e radiográficos, concluiu-se tratar de um dente com pulpa no pulso elemento. Diante do caso de pulpa, mesmo assim, foi realizado a extração coronária, pulpectomia, restauração temporária, presença de medula e incompleta.

|                                                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                        |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>17/07/2021 Erika S. de Oliveira<br>CRO / AM 3973 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/07/2021 Erika S. de Oliveira<br>CRO / AM 3973 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/07/2021 SABRINA SANTOS | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|