



519522
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 519522	7-Data Validade da Senha 08/10/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253210300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIANA BATISTA BARAUNA		14-Telefone 11/05/1980	15-Nome do titular do plano ROGERIA PINHEIRO GONCALVES	

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 / Daniella Pontes		27-Número no CRO 2748 2922	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-	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	09/10/21		Adriana
2-	0085200034	TRATAMENTO EM	47		1	8,00	0,00		N	09/10/21		Adriana
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/21	44-Tipo de Atendimento 4-1-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 com dor aguda. Após avaliação clínica e radiográfica, realizou-se extração de dente 47. Diante da dor de pulgite, foi realizado o uso de analgésico, medicação antibiótica, curativo, prescrição medicamentosa e encaminhado para tratamento definitivo.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/21 Daniella de O. Pontes Cirurgião-Dentista CRO-AM 2922	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/21 Daniella de O. Pontes Cirurgião-Dentista CRO-AM 2922	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/21 Adriana B. Barauna	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--