



406631  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                               |                                      |                                                       |                                       |                                      |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/11/2020                       | 4-Data de Autorização<br>27/11/2020  | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                      | 6-Número da Guia Principal<br>406631  | 7-Data Validade da Senha<br>25/11/21 |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                               |                                      |                                                       |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>0020253275350000101                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>MARCOS XAVIER DA SILVA                            |                                                               | 14-Telefone<br>08/10/1993 ( ) -      | 15-Nome do titular do plano<br>MARCOS XAVIER DA SILVA |                                       |                                      |
| 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>5209609222            | 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                       |                                      |

| 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      | 27/10/2020            |                    | marcos        |
| 2-        | 0085200034                | TRATAMENTO EM            | 38              |         | 1      | 8,00             | 0,00     |                                 | N      | 27/10/2020            |                    | marcos        |
| 3-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>27/11/2020 | 44-Tipo de Atendimento<br>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<br>paciente compareceu a clínica com alguma dor espontânea no elemento 38. Após exames clínicos e radiográficos verificou-se lesão com envolvimento pulpar. O diagnóstico do dente 38 irreversível, foi realizado tratamento com náusea, pulpotomia, medicação antibiótica, restauração temporária, prescrição medicamentosa. |                                                                                                                          |                                                                                                   |                                                                                         |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>27/11/2020 Dra. Victoria Borges<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO-AM 7444                                                                                                                                                                                                        | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>27/11/2020 Dra. Victoria Borges<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO-AM 7444 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/11/2020 marcos<br>xavier da Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / e encaminhamento para tratamento endodôntico |