OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 446632
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 31/12/20
4-Data de Autorização: 31/12/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8169375
7-Data Validade da Senha: 31/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00205290562000018 01
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: BOREO INDUSTRIA DE
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 705206442745876
13-Nome: DEBORA LIMA FERREIRA 31/10/1984
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: DEBORA LIMA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CLINICA EBENEZER
18-Número no CRO: 3666
19-UF: AM
20-Código CBO S: 01
414 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 03123602664
22-Nome do Contratado Executante: CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO
23-Número no CRO: 3666
24-UF: AM
25-Código CNES:
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 81000421- (I) 85100226
(I) 81000421- (I) 85100200 (I) 81000421-
(I) 85100218 (I) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante: CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO
27-Número no CRO: 3666
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	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	PO	1	88,00	0,00		S			
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S			
3	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	122,00	0,00		S			
4	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S			
5	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	88,00	0,00		S			
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S			
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S			
8	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VOLM	1	122,00	0,00		S	04/01/2021		Debora
9	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	04/01/21		Debora
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: __/__/__
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: 537,00
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:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 04/01/21
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 04/01/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 04/01/21 Debora Lima
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 04/01/21

CLÍNICA EBENEZER
CNPJ: 22.772.470/0001-17
Rua Japurá, Nº 130 Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 MANAUS-AM