

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª.ª



**502153
INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/03/21

4-Data de Autorização
18/03/21

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8397621

7-Data Validade de Sentença
15/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202510272200164402

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira
11/03/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
VALDENIZA SOARES DOS SANTOS

20/12/1975

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
PEDRO WANDERSON LAVAREDA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CLINICA EBENEZER

22-Nome do Contratado Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CRO S
01

25-Código CNES

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
03123602664

23-Número no CRO
3666

24-UF
AM

29-Código CRO S

25-Nome do Profissional Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

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-Ali	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	0,00	0,00		18,03/21			Valdeniza
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36	0,00	0,00		18,03/21			Valdeniza
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36	0,00	0,00		18,03/21			Valdeniza
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36	0,00	0,00		18,03/21			Valdeniza
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36	0,00	0,00		18,03/21			Valdeniza
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/03/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	10,00								

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), 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

CNPJ 22.772.479/0001-17
RUA JARDIM Nº 430 - CACHOEIRINHA
VILA SANTA LUCIA - FONE: 011-3444-4444

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
18/03/2021

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/03/2021

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/03/2021 Valdeniza Soares

53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/03/2021