

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



477299
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2015 4-Data de Autorização 11/06/2015 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8300287 7-Data Validade da Guia 11/06/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020253554730000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/06/2015 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome PAULLYANNA AYELA FAGUNDES 12/01/2015 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano JANIO CARLOS DE LIMA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 03123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 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-Fixo	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Cp-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/02/21		gessiane
2-10	08400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			16/02/21		gessiane
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 106,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchisa / Cp-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 16/02/21 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/02/21 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/02/21 gessiane F. Costa 53-Data, Local e Carimbo da Empresa 16/02/21 CNPJ: 22.772.479/0001-1