

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/05/21	4-Data de Autorização 17/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8591461	7-Data Validade da Senha 13/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202536790200001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome AUREA DUARTE DE SOUSA	05/01/1950	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SAMARA CRISTINA DUARTE DOS SANTOS
----------------------------------	------------	------------------------------	--

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento CLINICA EBENEZER	17-Endereço do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
---	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	22-Endereço do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CBO S
--	---	--------------------------	-------------	-----------------

26-Endereço do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	27-Número no CRO 3666	28-UF 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	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			17/05/21		Aurea
2	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00			17/05/21		Aurea
3	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00			17/05/21		Aurea
4	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00			17/05/21		Aurea
5	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00			17/05/21		Aurea
6	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00			17/05/21		Aurea
7	010											
8	010											
9	010											
10	010											
11	010											
12	010											
13	010											
14	010											
15	010											

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 178,00	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(ram) 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.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/05/2021	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/05/2021	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/05/2021	53-Dia, local e Assinatura do Empenho 17/05/2021
--	--	--	---

CLÍNICA E BENEZER
 CNPJ: 22.772.479/0001-17

CEP: 69.065-150 Manaus-AM