



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



493023
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2013	4-Data de Autorização 11/03/2013	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8363094	7-Data Validade da Sentença 10/04/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 102021510272200160502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ELIZABETH MEIRELES QUEIROZ	14-Telefone (16) 11 1990	15-Nome do titular do plano DIEGO DA SILVA PASSOS
---------------------------------------	-----------------------------	--

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103123602664	22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200	26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	27-Número no CRO 3666	28-UF AM	29-Código CBO S (1) 85100200	30-Franchisa/Co-participação R\$ 20.031,21	31-Aut 20.031,21	40-Data de Realização 26/03/21	41-Motivo da Glosa 26/03/21	42-Assinatura Elizabeth
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	---	---	--------------------------	-------------	---	---	--------------------------	-------------	---------------------------------	---	---------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista	34-Face	35-Qtd	36-Q-quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	20,031,21	20,031,21	26/03/21	26/03/21	Elizabeth
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00	26,031,21	26,031,21	26/03/21	26/03/21	Elizabeth
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00	10,031,21	10,031,21	26/03/21	26/03/21	Elizabeth
4-00												
5-00												
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 11/11/11	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 237,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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) 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 Consultor Dentista Solicitante 26/03/21	51-Data, local e Assinatura do Consultor Dentista 26/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/03/21 Elizabeth Meireles Queiroz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/03/21
---	---	--	---

Rua Japuna, N.º 430 - Cachoeirinha
CEP: 93.065-150
Mannaus-AM

CLINICA E EBENEZER
CNPJ: 22.772.479/0001-13
CEP: 93.065-150
Mannaus-AM