

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/11/2015	4-Data de Autorização 12/11/2015	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8316754	7-Data Validade da Série 12/31/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 100202510272200164603	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 LUIZ VICTOR CAMARA DA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PRISCILA CAMARA DA SILVA
--	----------------------	---

16-Atendimento a RN CLINICA EBENEZER	17-Nome do Profissional Societário CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
---	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031123602664	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
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	34-Face	35-Ord	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	55	OM	1	8,80	0,00	0,00	12/11/2015		Priscila
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	8,80	0,00	0,00	12/11/2015		Priscila
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	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) 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 12/11/2015	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2015	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2015	53-Data local e Carimbo da Empresa 12/11/2015
--	--	--	--