



Indicadores para VOLT 5007

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 10/1/04/12/1 4-Data da Autorização 10/7/04/12/1 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8444609 7-Data Validade da Semana 13/01/06/12/1 513781 INTERCÂMBIO

8-Planos do Beneficiário

9-Planos POS REDE PRESTADORA

10-Empresa BRITANIA COMPONENTES

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDUARDO MANOEL SANTOS NUNES

14-Telefone

15-Nome do titular do plano EDIMILSON GOMES NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER

18-Número no CRO 3666

19-UF AM

20-Código CBO S 01

025 - Faturar Empresa

21-Código de Operação / CNPJ / CPF 03123602664

22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO 3666

24-UF AM

25-Código CNES

Enviar - RX (I) 81000421-

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-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	Indicador	Edimilson
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	04/11/21	Indicador	Edimilson
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

87,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / 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) 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 este 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

CLINICA EBENEZER

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

07/10/21

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

07/10/21

52-Data, local e Assinatura da Empresa

07/10/21

Manaus-AM