



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



504144
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/09/2012

4-Data de Autorização
12/12/2013

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8403247

7-Data Validade da Guia
11/07/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202536172300000101

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
HIDEANO FARIAS PEREIRA

14/08/1983

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
HIDEANO FARIAS PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CLINICA EBENEZER

17-Nome do Profissional Solicitante
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CBO S
01

21-UF
AM

22-Código CNES
3666

23-Código CBO S
AM

24-UF
AM

25-Código CNES
3666

26-UF
AM

27-Código CBO S
AM

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
3666

26-UF
AM

27-Código CBO S
AM

26-Nome do Profissional Executante
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fone	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	10,00			08/04/21		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			08/04/21		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			08/04/21		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			08/04/21		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			08/04/21		
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	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-1-geral/2-Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	10,00					

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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista Solicitante
08/10/21

51-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista
08/10/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/10/21

53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
08/10/21

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
08/10/21

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
08/10/21

CNPJ: 22.772.479/0001-17
RUA JAPURA, Nº 430 - Cachoeirinha
CEP: 93.065-150
Manaus-AM