



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



520493
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
11/2/04/12/1

4-Dia de Autorização
11/2/04/12/1

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8471742

7-Dia Validade da Senha
11/1/07/12/1

8-Número da Carteira
1002012529056200008402

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BORE INDUSTRIA DE

11-Dia Validade da Carteira
11/1/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704100168805078

13-Nome
ANDREISA DOS ANJOS SILVA DE OLIVEIRA

12/02/1989

14-Telefone
(912) 81849431

15-Nome do titular do plano
CLAUDIO ROBERTO SOUZA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CLINICA EBENEZER

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CBO S
01

21-UF
AM

22-Código CNES
3666

23-Código CBO S
3666

24-UF
AM

25-Código CBO S
3666

26-UF
AM

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
031236021664

22-Nome do Contratado Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO
3666

24-UF
AM

25-Código CNES
3666

26-UF
AM

27-Código CBO S
3666

28-UF
AM

29-Código CBO S
3666

26-Nome do Profissional Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento
0085100196

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Quantidade
26

34-Frete
0

35-Cid
1

36-Quantidade US
16100

37-Valor
0,00

38-Franchise/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
0,00

40-Dia de Realização
12/02/04

41-Motivo da Glosa
Indevida

42-Assinatura
Indevida

43-Valor Total R\$
0,00

44-Valor Total R\$
0,00

45-Valor Total R\$
0,00

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	43-Valor Total R\$	44-Valor Total R\$	45-Valor Total R\$
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	16100	0,00	0,00	0,00	12/02/04	Indevida	Indevida	0,00	0,00	0,00
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															

43-Dia Previsto 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-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

47-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

48-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

49-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

50-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

51-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

52-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

53-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

54-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

55-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/02/04/12/1

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/02/04/12/1

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/02/04/12/1

53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/02/04/12/1

54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/02/04/12/1

55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/02/04/12/1

CLÍNICA E EBENEZER
Rua Japura, Nº 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM