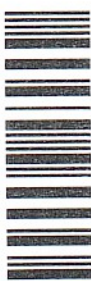




1109141330 para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



532755
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/4/10/4/12/11 4-Data de Autorização 12/6/10/4/12/11 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8517338 7-Data Válida de Será 12/3/10/7/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/7/1/0/9/7/0/0/0/0/1/0/2/ 9-P plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Válida de Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIELLY SILVA BARBOSA 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano DARIA SILVA BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 01 22-UF AM 23-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 81000421- (1) 81000200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 24-UF AM 25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000200

26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S (1) 81000421- (1) 81000200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	65	0	1	6 1,0 0,0	0,0 0,0	1	26/04/21	Daria	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	64	0	1	6 1,0 0,0	0,0 0,0	1	26/04/21	Daria	
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8 8,0 0,0	0,0 0,0	1	03/05/21	Daria	
4-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	1 4,0 0,0	0,0 0,0	1	03/05/21	Daria	
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	74	0	1	6 1,0 0,0	0,0 0,0	1	26/04/21	Daria	
6-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	8 8,0 0,0	0,0 0,0	1	26/04/21	Daria	
7-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	1 4,0 0,0	0,0 0,0	1	26/04/21	Daria	
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA									

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 3 8 7,0 0,0 47-Valor Total R\$ 10,0 0,0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/05/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/05/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/21 Daria S. Barbosa 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina este documento, os valores 03/05/21 Manaus-AM

CNPJ: 22.772.479/0001-17