Odontolife® Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 505963

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/03/21	25/03/21	AUTORIZADO	8412453	20/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251027220016442	POS REDE PRESTADORA	PHILCO ELETRONICOS SA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDENIZA SOARES DOS SANTOS 20/12/1975	( ) -	PEDRO WANDERSON LAVAREDA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CLINICA EBENEZER	3666	AM	01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
031236026644	CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	3666	AM	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	3666	AM	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100218
(I) 85100218

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 Glosa	42-Assinatura
1	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	13/04/21		Valdeniza
2	00	8510021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMV	1	122,00	0,00		S	13/04/21		Valdeniza
3	00	8510021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MDV	1	122,00	0,00		S	20/04/21		Valdeniza
4	00	8510021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MDV	1	122,00	0,00		S	20/04/21		Valdeniza
5	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	25/03/21		Valdeniza
6	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	25/03/21		Valdeniza
7	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	31/03/21		Valdeniza
8	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	31/03/21		Valdeniza
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	671,00	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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLÍNICA EBENEZER
CNPJ 22.772.479/0001-17
Rua Manaus Nº 430 Centro
CEP 69.065-150 Manaus-AM

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/04/21	20/04/21	20/04/21 Valdeniza Santos	20/04/21