



Verifique para você saber

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414

3-Dia de Emissão da Guia 19/03/21

4-Data de Autocização AUTORIZADO

5-Senha 8403270

6-Número da Guia Principal 504150

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253617230000102

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 17/06/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome HELEN LILIAN MARINHO DA SILVA

14-Telefone 02/12/1982

15-Nome do titular do plano HIDEANO FARIAS PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

18-Número no CRO 3666

19-UF AM

20-Código CBO S 01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664

22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO 3666

24-UF AM

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

27-Número no CRO 3666

28-UF AM

29-Código CBO S

Piano 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 Doença	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0	S	15/04/21		W. L. M.
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3 6 0 0		0 0 0	S	15/04/21		W. L. M.
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3 6 0 0		0 0 0	S	15/04/21		W. L. M.
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3 6 0 0		0 0 0	S	15/04/21		W. L. M.
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3 6 0 0		0 0 0	S	15/04/21		W. L. M.
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista 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\$												
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 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												

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, 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-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 Cartão da Empresa

CLÍNICA E BENEZER

CNPJ: 22.772.479/0001-17

Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha

CEP: 69.065-150 Manaus-AM