

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012 4-Data de Autorização 12/05/2013 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8412534 7-Data Validade da Semeta 20/10/2012 8-Data Validade da Guia 20/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101202510272200164403 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome PEDRO LUCAS DOS SANTOS LAVAREDA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano PEDRO WANDERSON LAVAREDA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenomeRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8,80	0,00		S	25/03/21		Wanderley
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6,10	0,00		S	25/03/21		Wanderley
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	6,10	0,00		S	31/03/21		Wanderley
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PM	1	8,80	0,00		S	20/04/21		Wanderley
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6,10	0,00		S	23/04/21		Wanderley
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8,80	0,00		S	23/04/21		Wanderley
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	8,80	0,00		S	28/04/21		Wanderley
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	8,80	0,00		S	10/05/21		Wanderley
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data 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-Total Quantidade US 623,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Frequência / 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(ram) 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/05/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/05/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/05/21 Waldenir Santos 53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/05/21 CNPJ: 22.772.479/0001-17

CLINICA EBENEZER Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha CEP: 69.065-150 Manaus-AM