



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



556418
INTERCÂMBIO

Identificação: FST 3 V0-2 8078

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/05/21	4-Dia de Autorização 19/05/21	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8604722	7-Dia Validade da Seria 17/08/21
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 020202511631600082301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Dia Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome CLEVERTON NEGREIROS FERREIRA	05/03/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLEVERTON NEGREIROS FERREIRA
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CLINICA EBENEZER	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa
---	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	22-Nome do Contratado Excecuinte CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fuor	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	81000065			1	34,00	0,00			19/05/21		Cleudson
2-0	0	853000147			1	36,00	0,00			19/05/21		Cleudson
3-0	0	85300047			1	36,00	0,00			19/05/21		Cleudson
4-0	0	85300047			1	36,00	0,00			19/05/21		Cleudson
5-0	0	85300047			1	36,00	0,00			19/05/21		Cleudson
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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) 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

CLÍNICA EBENEZER

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/05/21	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/21	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/21	53-Dia, local e Cartão da Empresa 19/05/21
--	--	--	---

Manaus Jariwep: 69.065-150 Manaus-AM