



Indicador para uso de SIA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



567124
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

4-Data de Emissão da Guia
12/7/05/21

5-Semana
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8641345

7-Data Validade da Guia
12/5/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202511631600022703

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BRITANIA COMPONENTES

11-Data Validade da Carteira
1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
WENDEL FRUTUOSO DA SILVA

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
ROSIVAN DA SILVA NERES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CLINICA EBENEZER

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CBO S
01

25- -
Faturo Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
03123602664

22-Nome do Contratado Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO
3666

24-UF
AM

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
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-DenturRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	0	8100065		1		34,00	0,00		S	31/05/21		
2-0	0	8530047		1		34,00	0,00		S	31/05/21		
3-0	0	8530047		1		36,00	0,00		S	31/05/21		
4-0	0	8530047		1		36,00	0,00		S	31/05/21		
5-0	0	8530047		1		36,00	0,00		S	31/05/21		
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Valor Total R\$	52-Valor Total R\$	53-Valor Total R\$	54-Valor Total R\$	55-Valor Total R\$
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	1-Total	2-Parcial	1-Total	2-Parcial	1-Total	2-Parcial

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

CNPJ 22 772 479/0001 17
Rua Itaipua, Nº 410 - Campinas/SP
14190-000 (045) 1341-1111

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
31/05/2021

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/05/2021

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/05/2021

53-Data, local e Assinatura da Empresa
31/05/2021