



Interfície para o v2.6.11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



523724
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 14/04/21 4-Dia de Autorização 17/04/21 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8484380 7-Dia Validade da Sentia 13/07/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Contrato 0021025118368000004011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome JARDEL GOMES SILVA 14-Telefone (11) 11111111 15-Nome de titular do plano JARDEL GOMES SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 26-Código CBO S 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S 30-Valor 025 - Faturar Empresa

25-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

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-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	51,00	1	17/04/21		J. A. B. 21/4
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsão 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 61,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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-Dat() e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dat() e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dat() e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dat() e Assinatura da Empresa

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