



Requisitos para o 2º e 3º e 4º

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/05/12/11	4-Data de Autorização 11/3/05/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8583489	7-Data Validade da Guia 11/1/08/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

550266
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025290562000165011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira 11/1/08/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702102723438996
--	--------------------------------	----------------------------------	---	--

13-Nome FABIANE VALENTE FIGUEIREDO	14-Telefone (19) 21946973	15-Nome do titular do plano FABIANE VALENTE FIGUEIREDO
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a RN N	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 031123602664	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	30-Aut 414 -	31-Faturar Empresa
------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	---	---	--------------------------	-------------	----------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	-----------------	--------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Flsela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00		S	13/05/24		Johanne
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00		S	13/05/24		Johanne
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00		S	13/05/24		Johanne
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00		S	13/05/24		Johanne
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00		S	13/05/24		Johanne
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/1/08/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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 13/05/24	51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 13/05/24	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/24 Fabiane Valente	53-Data local e Contratação Empresa 13/05/24
--	--	--	---

Rua Japuna, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 99.065-150 Manaus-AM
CNPJ: 22.772.479/0001-17
CLINICA EBENEZER