

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



504077
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2013	4-Data de Autorização 11/09/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8403086	7-Data Vencimento da Guia 11/09/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102012511631600061901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Vencimento da Carteira 11/09/2013	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANDRE DE SOUZA LIMA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDRE DE SOUZA LIMA
--------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CRO S 01	025 - Faturar Empresa
-------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES (1) 85100200	Enviar - RX
--	--	--------------------------	-------------	--------------------------------	-------------

26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	27-Número no CRO 3666	28-UF AM	29-Código CRO S (1) 81000421-RPSE
--	--------------------------	-------------	--------------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Móvio de Glosa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8,8	0,0	0,0	0	19/03/21		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,0	0,0	0,0	0	19/03/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/09/2013	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 1102,00	47-Valor Total R\$ R\$ 1.102,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 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 no 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-Dado Geral e Assinatura do Profissional Dentista Solicitante 19/03/21	51-Dado Geral e Assinatura do Profissional Dentista 19/03/21	52-Dado Geral e Assinatura do Profissional / Responsável 19/03/21	53-Dado Geral e Assinatura do Profissional 19/03/21
---	---	--	--

CEP: 69.065-150 Cachoeirinha

22-772.479/0001-17

EBENEZER

Manaus-AM