



Interligadas para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/04/2013

4-Data de Autenticação
13/03/2013

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8356076

7-Data Validada da Senha
10/02/2013

491049
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202511631600085102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BRITANIA COMPONENTES

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LEILZA DE OLIVEIRA SAMPAIO

07/02/1985

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DANIEL FERREIRA SAMPAIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CLINICA EBENEZER

22-Nome do Contratado Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CBO S
01

025 -
Faturar Empresa

21-Código da Operadora / CNPJ / CPF
03123602664

23-Número no CRO
3666

24-UF
AM

25-Código CNES

Enviar - RX
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

27-Número no CRO
3666

28-UF
AM

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Sólidos

30-Índice	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-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			31/05/21		deleto
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			31/05/21		deleto
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1	8,00	0,00			31/05/21		deleto
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data 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
210,00

47-Valor Total R\$

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(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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
31/05/21

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/05/21

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/05/21

53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/05/21

54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/05/21

CLINICA E EBENEZER
CNPJ nº 17.222.790/0001-17
R. ...