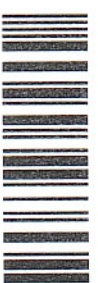




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



526746
INTERCÂMBIO

Introduzir aqui o código

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 19/04/21	4- Data de Autorização 27/04/21	5- Semana AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8496058	7- Data Validade da Guia 18/07/21
---------------------------	--	------------------------------------	-------------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 00202510272200094704	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11- Data Validade da Carteira / /	12- Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13- Nome ANA PAULA LIMA DA SILVA		14- Telefone () -		
15- Nome do titular do plano ALDAIR RABELO FEITOZA				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18- Número no CRO 3666	19- UF AM	20- Código CRO S 01	25- Faturar Empresa
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	22- Nome do Contratado Exceclante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	23- Número no CRO 3666	24- UF AM	25- Código CNES	
26- Nome do Profissional Exceclante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	27- Número no CRO 3666	28- UF AM	29- Código CRO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régulo	34- Face	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	001	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	05/05/21		Paula
2	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	05/05/21		Paula
3	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	05/05/21		Paula
4	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	05/05/21		Paula
5	010	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	05/05/21		Paula
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Previsto 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 178,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

49- Observação

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.

50- Data, local e Assinatura do Solicitante 05/05/21	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/05/21	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/05/21 Paula Paula	53- Data, local e Assinatura da Empresa 05/05/21
---	--	--	---

CLÍNICA E EBENEZER
Rua Japura, Nº 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM