



Isquibidade para web site

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



560104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 21/11/2015 4-Data de Autorização 21/11/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8617380 7-Data Validade da Senha 19/10/18

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202537777490000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA MARIA PEDROZA FREIRE 04/08/1972 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANA MARIA PEDROZA FREIRE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 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-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000065		1		134,00	0,00		1	21/05/21		
2-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
3-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
4-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
5-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
6-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
7-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
8-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
9-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
10-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
11-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
12-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
13-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
14-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		
15-0	0	85300047		1		36,00	0,00		1	21/05/21		

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\$

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

CLINICA E BENEZER

CNPJ: 22.772.479/0001-17

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/2015 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2015 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 21/11/2015 53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/11/2015 Manaus-AM