

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



504148
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2013 4-Data de Autorização 27/03/2011 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8403269 7-Data Validade da Semeta 17/06/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0202025361723000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome HELEN LILIAN MARINHO DA SILVA 02/12/1982 14-Telefone 15-Nome do titular do plano HIDEANO FARIAS PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aferimento 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 03123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES Enviar - RX 26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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-Molho da Gusa	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	12,20	0,00	0,00	S	27/03/2011		
2-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	12,20	0,00	0,00	S	27/03/2011		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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 244,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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 27/03/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/03/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/03/2011 x Helen Lilian 53-Data, local e Assinatura da Empresa 27/03/2011 CEP: 69.065-150 Rua Capura, Nº 430 - Cachoeirinha Manaus-AM CNPJ: 22.772.479/0001-17