



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/11/03	4-Data de Autorização 15/10/04	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8421110	7-Data Validade da Semana 22/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511631600014901	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 EDMILSON GOMES NUNES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDMILSON GOMES NUNES
---------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Societário CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	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 (I) 81000421-RIS
--	---	--------------------------	-------------	------------------------------------

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-Dentista/Região	34-Faixa	35-CID	36-Quantidade US	37-Válvula	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	22	1	1	73,00	0,00	0,00	S	15/04/21		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00	0,00	0,00	S	15/04/21		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	87,00	0,00	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 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-Dat. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/21	51-Dat. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/21	52-Dat. local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/04/21	53-Dat. local e Contato da Empresa 15/04/21
--	--	--	--