

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/09/2014

4-Data de Autorização
12/07/2014

5-Sentido
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8496063

7-Data Validade da Sentença
18/07/2014

526750
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202510272200094704

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

11/06/1978

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 CBO S
01

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
031123602664

22-Nome do Contratado Executante
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO
3666

24-UF
AM

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
CRISTHIANE 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-Data de Realização	40-Motivo da Glosa	41-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		05/05/14		Xêluc
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Prevista 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\$	
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		☐ 1-Tratamento 2-Parcial		☐ 1-Total 2-Parcial		61,00		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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLÍNICA E EBENEZER

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
05/05/14

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
05/05/14

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/05/14

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/05/14

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
05/05/14

Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM