



Interligidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



536795
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2014	4-Data de Autorização 10/05/2015	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8533156	7-Data Validade da Série 12/7/2017
8-Número da Carteira 10/02/2015			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 12/7/2017
13-Nome EDILENE DA COSTA SOUZA			14-Telefone (11) 3666-1111	15-Nome do titular do plano EDILENE DA COSTA SOUZA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	25-Data de Realização 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES	29-Código CBO S
25-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	73,00
2-00181000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00
3-00181000421					
4-00181000421					
5-00181000421					
6-00181000421					
7-00181000421					
8-00181000421					
9-00181000421					
10-00181000421					
11-00181000421					
12-00181000421					
13-00181000421					
14-00181000421					
15-00181000421					
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 87,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 08/05/2014	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 08/05/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/05/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/05/2014
CLÍNICA E BENEZER			
Rua Japura, Nº 430 - Cachoeirinha			
CEP: 69.065-150 Manaus-AM			