



REPRODUÇÃO PARA FINS SOCIAIS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



501001
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/03/21	4-Dia de Autorização 11/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8393490	7-Dia Válido da Guia 11/03/21
8-Diário Benefício 010202152891291000186011			9-Fluxo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Dia Válido da Carteira 11/03/21
12-Nome JANDIRA VILHENA DOS SANTOS			13-Telefone (11) 11111111	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004825747452	
14-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado 19/09/1975					
15-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento JANDIRA VILHENA DOS SANTOS					
16-Atendimento a RN CLÍNICA EBENEZER					
17-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031213602664					
18-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO					
19-Número no CRO 3666					
20-Código CBO S 01					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031213602664					
22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO					
23-Número no CRO 3666					
24-Código CBO S 01					
25-Código CBO S 01					
26-Código CBO S 01					
27-Número no CRO 3666					
28-UF AM					
29-Código CBO S 01					
30-UF AM					
31-UF AM					
32-UF AM					
33-UF AM					
34-UF AM					
35-UF AM					
36-UF AM					
37-UF AM					
38-UF AM					
39-UF AM					
40-UF AM					
41-UF AM					
42-UF AM					
43-UF AM					
44-UF AM					
45-UF AM					
46-UF AM					
47-UF AM					
48-UF AM					
49-UF AM					
50-UF AM					
51-UF AM					
52-UF AM					
53-UF AM					
54-UF AM					
55-UF AM					
56-UF AM					
57-UF AM					
58-UF AM					
59-UF AM					
60-UF AM					
61-UF AM					
62-UF AM					
63-UF AM					
64-UF AM					
65-UF AM					
66-UF AM					
67-UF AM					
68-UF AM					
69-UF AM					
70-UF AM					
71-UF AM					
72-UF AM					
73-UF AM					
74-UF AM					
75-UF AM					
76-UF AM					
77-UF AM					
78-UF AM					
79-UF AM					
80-UF AM					
81-UF AM					
82-UF AM					
83-UF AM					
84-UF AM					
85-UF AM					
86-UF AM					
87-UF AM					
88-UF AM					
89-UF AM					
90-UF AM					
91-UF AM					
92-UF AM					
93-UF AM					
94-UF AM					
95-UF AM					
96-UF AM					
97-UF AM					
98-UF AM					
99-UF AM					
100-UF AM					

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(s) 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

53-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
19/03/21

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/03/21

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/03/21

53-Dia, local e Assinatura do Profissional
11/03/21

CLÍNICA E EBENEZER

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