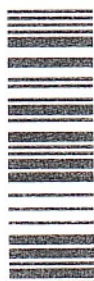


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-44



480703
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 19/02/21 4-Dia de Autorização 19/02/21 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8311517 7-Dia Validade da Semana 20/02/21

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025110272200164603 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUIZ VICTOR CAMARA DA SILVA 14-Teléfono 07/07/2015 15-Nome do titular do plano PRISCILA CAMARA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN CLINICA EBENEZER 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 25-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 26-Número no CRO 3666 27-UF AM 28-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fuor	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	6	5					
2-0	0	8	4	0	0	9	0					
3-0	0	8	4	0	0	9	0					
4-0	0	8	4	0	0	9	0					
5-0	0	8	4	0	0	9	0					
6-0	0	8	4	0	0	9	0					
7-0	0	8	4	0	0	9	0					
8-0	0	8	4	0	0	9	0					
9-0	0	8	4	0	0	9	0					
10-0	0	8	4	0	0	9	0					
11-0	0	8	4	0	0	9	0					
12-0	0	8	4	0	0	9	0					
13-0	0	8	4	0	0	9	0					
14-0	0	8	4	0	0	9	0					
15-0	0	8	4	0	0	9	0					

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Diagnóstico 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Francia 46-Total Quantidade US 106,00 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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/02/21 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/02/21 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/02/21 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 13/02/21

CLÍNICA E EBENEZER
CNPJ: 22.772.479/0001-17
Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM