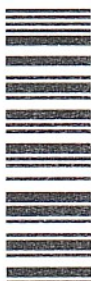




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



521082
INTERCÂMBIO

Regulamento para 2002/2003

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/01 14/12/11	4-Data de Autorização 11/06/01 14/12/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8473885	7-Data Validade da Guia 11/11/01 17/12/11
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102021523237110101010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

JEFFERSON DE SOUZA DA SILVA	29/04/1976	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JEFFERSON DE SOUZA DA SILVA
-----------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Anuenciamento 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

0311236012664	22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-
---------------	---	--------------------------	-------------	--

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- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1- 0 0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	17 3 0 0 0	0 0 0 0	11 24 10 4 11 23	S	24/10/01	24	Jefferson
2- 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	1 4 0 0 0	0 0 0 0	11 24 10 4 11 23	S	24/10/01	23	Jefferson
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	8 7 0 0	0 0 0 0								

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 Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/01
---	---	---	---

CLINICA E BENEZEIR
CNPJ: 22.772.479/0001-1
Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM