



Requisitos para VCS SUIR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



526172
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/07/2014

4-Data de Autorização
11/07/2014

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8493854

7-Data Validada da Senha
11/07/2014

8-Número da Carteira
0002025289129100016301

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
POSITIVO TECNOLOGIA S.A

11-Data validade da Carteira
11/07/2014

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
703301239392210

13-Nome
ANDREZA FREITAS DE CARVALHO

17/01/1982

14-Telefone
(92) 910917124

15-Nome do titular do plano
ANDREZA FREITAS DE CARVALHO

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
CLÍNICA EBENEZER

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
03123602664

22-Nome do Contratado Executante
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

26-Nome do Profissional Executante
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

27-Número no CRO
3666

28-UF
AM

29-Código CBO S

30-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

32-Quantidade US
26

34-Fluxo
0

35-Ordem
1

36-Quantidade US
6100

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
S123041121

39-Ant

40-Data de Realização
12/04/2014

41-Motivo da Guisa 42-Assinatura
Andrezza

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade US	34-Fluxo	35-Ordem	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	001815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6100	0,00	S123041121		12/04/2014		Andrezza
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-Tipo de Faturamento

47-Valor Total US

48-Valor Total R\$

49-Valor Total 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 arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (foram realizados) 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

CLÍNICA EBENEZER

CNPJ: 22.772.479/0001-17

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Assinatura da Empresa

CEP: 69.065-150 Manaus-AM