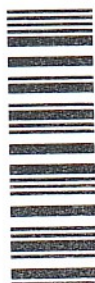




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



513181
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/11/03 2-11 4-Data de Autorização 10/7/04 2-11 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8442297 7-Data Validação de Soma 12/9/06 2-11

8-Plano POS REDE PRESTADORA

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa BRITANIA COMPONENTES

11-Data Validação da Carteira 12-Data Validação da Carteira

13-Nome SARAH BRUNO LIMA

14-Telefone 13/07/1989

15-Nome do titular do plano ANDRE DE SOUZA LIMA

16-Atendimento a PR CLINICA EBENEZER

17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 03123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa

26-UF AM 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Label 32-Código do Procedimento 33-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

34-Franchise 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franchise/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CNPJ: 22.772.479/0001-17
Rua Japura, Nº 430 - Cachoeirinha

CLINICA EBENEZER
CNPJ: 22.772.479/0001-17

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 61-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 65-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 69-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.