

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/06/10 3-Data de Autorização 12/09/10 4-Setor 12/03/12 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8429115 7-Data Validade da Guia 12/04/10 8-Data Validade da Guia 12/06/12 9-Data Validade da Guia 12/06/12 10-Data Validade da Guia 12/06/12 11-Data Validade da Guia 12/06/12 12-Data Validade da Guia 12/06/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202536172300000104 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/06/12 12-Data Validade da Carteira 12/06/12 13-Nome KASSIA KIMBERLY DA SILVA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano HIDEANO FARIAS PEREIRA 16-Número do Cartão Nacional de Saúde 510073 INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 0185100200 26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S 0185100421-1

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-AMI	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	8,80	0,00	0,00	0,00	12/03/12	2	Hideane
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	4,00	0,00	0,00	0,00	12/03/12	2	Hideane
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 10200 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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-Observações

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dado local e Assinatura do Consultor-Dentista 52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dado local e Assinatura do Gerente da Empresa

54-Dado local e Assinatura do Gerente da Empresa 55-Dado local e Assinatura do Gerente da Empresa

Rua Japura, Nº 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Mandus-AM
CNPJ: 22.772.479/0004-17
CLINICA EBENEZER