

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-vol

1-Registro ANS 406614 3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 4-Data de Autorização 10/03/10 5-Serão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8248868 7-Data Validade da Série 12/09/10 4/12/11

465358
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202151102722000286011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CASSIO JOSE BONFIM LIMA

01/10/1978

14-Telefone

15-Nome do titular do plano CASSIO JOSE BONFIM LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 031123602664

22-Nome do Contratado Executante CRISTHANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO 3666

24-UF AM

25-Código CNES

Enviar - RX

(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante CRISTHANE 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/Rajão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV 1		8,80	0,00			10/03/10		
2-1												
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 Prevista Término do Tratamento

44-1-Tipo de Atendimento

45-Exame Radiológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

46-Tipo de Faturamento

47-Total Quantidade US

48-Valor Total R\$

49-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) 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/prestador de saúde esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2010

53-Data, local e Assinatura da Empresa 03/10/2010

Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 99.065-150 Manaus-AM

CLINICA EBENEZER

CLINICA EBENEZER