

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/04/21	4-Data de Autorização 11/09/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8502588	7-Data Validade da Senha 11/09/07/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

528399
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira 0002025206480000119011	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

12/10/1982

15-Nome do titular do plano
JOZANE MONTEIRO PAES

13-Nome
JOZANE MONTEIRO PAES

16-Alteramento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18-Numero no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	25 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	-------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	22-Nome do Contratado Executante CRISTHANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Numero no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante
CRISTHANE BEGHINE CLAUDIANO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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 Cisão	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00					
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00			11/05/21		JOZANE
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00			11/05/21		JOZANE
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00			11/05/21		JOZANE
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00			11/05/21		JOZANE
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Observação

CLINICA E EBENEZER
CNPJ: 22.772.479/0001-17

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2021 JOZANE N. PAES	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 11/05/2021 MANAUS-AM
---	---	--	--