



Resolução para uso em

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2P



560261
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/05 4-Dia de Autorização 12/8/10 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8617861 7-Dia Validade da Série 19/10/12

Dados do Beneficiário

8-Nome do Contratado BRITANIA COMPONENTES 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CLEVERTON NEGREIROS FERREIRA 14-Telefone () - 15-Nome do titular do plano CLEVERTON NEGREIROS FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RV N 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 26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-7-Abela	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-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6 1 0 0	0 0 0	S	28/05/12	24	Director
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6 1 0 0	0 0 0	S	28/05/12	24	Director
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-Dia Previsto 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\$												
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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.												
49-Observação												

CLÍNICA E EBENEZER

CNPJ: 22.778.479/0001-11

53-Dia Legal e Cartão da Empresa 28/05/2012 Cachoeirinha

CEP: 69.065-150 Manaus-AM

50-Dia Legal e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante

28/05/12

51-Dia Legal e Assinatura do Conselho-Dentista

28/05/12

52-Dia Legal e Assinatura do Beneficiário / Responsável

28/05/12

53-Dia Legal e Cartão da Empresa 28/05/2012 Cachoeirinha

CEP: 69.065-150 Manaus-AM