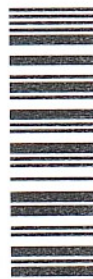




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-UP



521085
INTERCÂMBIO

31-Atividade para a vida social

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/12/10 14/12/11

4-Data de Autorização
11/06/10 14/12/11

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8473689

7-Data Validade da Série
11/10/17 1/2/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/02 5232371000101011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BRITANIA COMPONENTES

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JEFFERSON DE SOUZA DA SILVA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JEFFERSON DE SOUZA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
CLINICA EBENEZER

17-Nome do Profissional Solicitante
N

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CBD S
01

25-UF
AM

21-Código do Operador / CNPJ / CPF
031123161026164

22-Nome do Contratado Executante
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO
3666

24-UF
AM

25-Código ONES
(1) 81000421-

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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rancho	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Anl	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-10	0182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	73,00	0,00	0,00	S	29/04/12	13/04/12	13/04/12
2-10	0181000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	S	29/04/12	29/04/12	29/04/12
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	87,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-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) 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-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 da Empresa

CLINICA E BENEZER
Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM