

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406844 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012 4-Data de Autorização 10/11/2012 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8242657 7-Data Validade da Serha 12/11/2014

463949 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100212532383900010102 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RONILDO SAMUEL DOS SANTOS MASSULO 14-Telefone (11) 15-Nome do titular do plano HANNE FABIOLA DOS SANTOS MASSULO

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 01 21-Código na Operadora / CNP / 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

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régula	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Carga	42-Assinatura
1-0	083001089	EXODONTIA SIMPLES DE	53	1	1	73,00	0,00			10/11/2012		CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO
2-0	083001089	EXODONTIA SIMPLES DE	54	1	1	73,00	0,00			10/11/2012		CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO
3-0	083001089	EXODONTIA SIMPLES DE	75	1	1	73,00	0,00			10/11/2012		CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO
4-0	083001089	EXODONTIA SIMPLES DE	85	1	1	73,00	0,00			10/11/2012		CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão 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\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	292,00	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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/2012

CLINICA EBENEZER
RUA: 22-72, A769-03-11-11
CEP: 03.000-000

seus marcos.