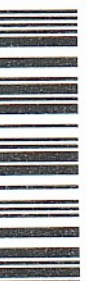




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



506006
INTERCÂMBIO

Itens obrigatórios para não ser

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão do Guia
12/12/03

4-Data de Autorização
12/14/03

5-Semana
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8412557

7-Data Validade da Guia
12/01/06

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202510272200149402

9-Fluio
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira
12/12/03

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JUCILENE DE OLIVEIRA NASCIMENTO

03/12/1979

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOELSON DE SOUZA NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CLINICA EBENEZER

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CBO S
01

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
(I) 81000421-

Enviar - RX

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/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	7 3 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	03/05/24		Xyckle
2-0	0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	03/05/24		Xyckle
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data 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\$							
12/12/03	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Totai	2-Parcial	8 7 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0		

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

CLÍNICA E EBENEZER

50-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista Solicitante
03/05/24

51-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista
03/05/24

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/05/24

53-Data, local e Endereço da Empresa
03/05/24

CNPJ: 22.772.479/0001-17
Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM