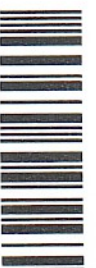




Tratamentos para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



539197
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
400414

3-Sede do Estabelecimento
3 0 1 0 4 1 2 1

4-Data de Autorização
3 0 1 0 4 1 2 1

5-Serena
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8542134

7-Data Válida da Sentença
12 19 11 0 17 11 2 1

8-Dados do Beneficiário

9-Idade
0 0 2 0 2 5 2 9 0 5 6 2 0 0 0 8 9 0 1

10-Endereço
POS REDE PRESTADORA

11-Endereço
BOREO INDUSTRIA DE

12-Data Válida da Carteira
1 1 1 1 1 1 1 1

13-Número do Cartão Nacional de Saúde
702005896768487

13-Nome
GELSON BASTOS DE CAMPOS

14/10/1990

15-Telefone
1 9 1 2 1 8 1 9 5 1 2 9 8 7

16-Nome do titular do plano
GELSON BASTOS DE CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
CLINICA EBENEZER

17-Nome do Profissional Solicitante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CBO S
01

21-Data local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante
15/10/2014

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10 3 1 1 2 3 1 6 0 2 6 1 6 4

22-Nome do Contratado Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO
3666

24-UF
AM

25-Código CNES

26-Data local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante
15/10/2014

25-Nome do Profissional Executante
CRISTIANE 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-Diagnóstico	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13 4 1 0 0	0 0 0 0	15 10 05 10 11		15/10/2014	12 19 11 0 17 11 2 1	15/10/2014
2	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	13 6 1 0 0	0 0 0 0	15 10 05 10 11		15/10/2014	12 19 11 0 17 11 2 1	15/10/2014
3	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	13 6 1 0 0	0 0 0 0	15 10 05 10 11		15/10/2014	12 19 11 0 17 11 2 1	15/10/2014
4	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	13 6 1 0 0	0 0 0 0	15 10 05 10 11		15/10/2014	12 19 11 0 17 11 2 1	15/10/2014
5	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	13 6 1 0 0	0 0 0 0	15 10 05 10 11		15/10/2014	12 19 11 0 17 11 2 1	15/10/2014
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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\$

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 Contratado-Donatário Solicitante

51-Data local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Assinatura da Empresa

CLÍNICA E EBENEZER

Rua Japura, N° 430 - Cachoeirín
CEP: 69.065-150 Manaus-A