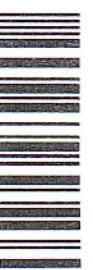




tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



508464
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 13/12/11	4-Data de Autorização 12/5/10 13/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8422309	7-Data Validade da Senha 12/3/10 6/12/11
---------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0002025289291000156011	9-Paço POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700005940780304
--	-------------------------------	---------------------------------------	---	--

13-Nome SILVANIA CARDOSO DE OLIVEIRA	14-1ª Relação 06/07/1984	15-Nome do titular do plano SILVANIA CARDOSO DE OLIVEIRA
---	-----------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	22-Nome do Contratado Exatante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO
--	---

23-Nome do Profissional Exatante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	24-UF AM	25-Código CBO S 414 - Faturar Empresa
---	-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	14,00	04/12/11	Silvania		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	14,00	04/12/11	Silvania		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	14,00	04/12/11	Silvania		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	14,00	04/12/11	Silvania		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	14,00	04/12/11	Silvania		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/1/1	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome 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

CNPJ: 22.772.479/0001-17

CLINICA EBENEZER

50-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista Solicitante
14/10/11

51-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista
14/10/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/10/11

53-Data, local e Assinatura do Profissional
14/10/11

54-Data, local e Assinatura do Profissional
14/10/11