



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



513777
INTERCÂMBIO

Isenção de Imposto de Renda

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 00/11/04	4-Data de Autorização 10/07/04	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8444590	7-Data Validade da Senha 13/01/06
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025116316000149011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 00/11/04	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
EDMILSON GOMES NUNES

03/12/1982

14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDMILSON GOMES NUNES
------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES (1) 85100200	26-UF AM	27-Código CBO S (1) 85100200	28-UF AM	29-Código CBO S (1) 85100200	30-UF AM	31-UF AM	32-UF AM	33-UF AM	34-UF AM	35-UF AM	36-UF AM	37-UF AM	38-UF AM	39-UF AM	40-UF AM	41-UF AM	42-UF AM
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--	---	--------------------------	-------------	--------------------------------	-------------	---------------------------------	-------------	---------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

25-Nome do Profissional Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denúncia	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	32	IV	1	8,80	0,00	0,00	0,00	07/04/24		Edmilson
2-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	6,10	0,00	0,00	0,00	07/04/24		Edmilson
3-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1	6,10	0,00	0,00	0,00	07/04/24		Edmilson
4-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	41	IV	1	8,80	0,00	0,00	0,00	07/04/24		Edmilson
5-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	43	I	1	6,10	0,00	0,00	0,00	07/04/24		Edmilson
6-00	01											
7-00	01											
8-00	01											
9-00	01											
10-00	01											
11-00	01											
12-00	01											
13-00	01											
14-00	01											
15-00	01											

43-Data Provisão 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(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

CNPJ: 22.772.479/0001-17

Rua Japura, Nº 430 - Cachoeirinha

53-Endereço local e Cep do Empresa

54-Endereço local e Cep do Empresa

55-Endereço local e Cep do Empresa

56-Endereço local e Cep do Empresa

57-Endereço local e Cep do Empresa

58-Endereço local e Cep do Empresa