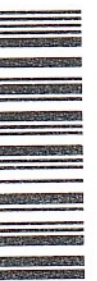




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



521078
INTERCÂMBIO

3-2-Indicador para ACE e SURT

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/04/21	4-Data de Autorização 16/04/21	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8473881	7-Data Validade da Semana 11/07/21
--------------------------	---	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Nome do Beneficiário

8-Nome da Carteira 00202523237100010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
JEFFERSON DE SOUZA DA SILVA

29/04/1976

14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JEFFERSON DE SOUZA DA SILVA
------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solitante CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CRO S 01	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--

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

Enviar - RX
(1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

27-Número no CRO
3666

28-UF
AM

29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00	0,00	S	16/04/21		
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	S	16/04/21		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

87,00

47-Valor Total R\$

0,00

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) 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

CNPJ: 22.772.479/0001-17

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante

16/04/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/04/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

16/04/21

Rua Japuta, Nº 430 - Cachoeirinha

CEP: 91065-400 Manaus-AM