



473515
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/09/02 11/21 4-Dia de Autorização 11/01/02 11/21 5-Semta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8284591 7-Dia Validade da Semta 11/01/05 11/21

8-Número da Carteira 00202511631600075803 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Dia Validade da Carteira 11/01/05 11/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCA KEMUEL LOPES SOUZA 20/12/2003 14-Teléfono () 1- 1- 1- 1- 1- 1- 15-Nome do titular do plano MAYCON ROBERTO RIBEIRO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alendramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO 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 26-Número no CRO 3666 27-UF AM 28-Código CBO S

29-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00	5	10/02/02		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 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 61,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/02 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/02/02 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/02/02 53-Dia, local e Contato da Empresa 10/02/02