



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



415847
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/12/10	4-Data de Autorização 10/09/10 21/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8039602	7-Data Validade da Senha 10/08/10 12/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 101020215328105000000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome GLAUCIA OLIVEIRA DE MENEZES	22/01/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano GLAUCIA OLIVEIRA DE MENEZES
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado/Prestador pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18-Numero no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 1031236021664	22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Numero no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES (1) 81000421-	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	27-Numero no CRO 3666	28-UF AM	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000816	EXODONTIA A RETALHO	16		1	73,10	0,00		S	07/02/11		Glauca
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,10	0,00		S	07/02/11		Glauca
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 Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	87,10	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. 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 07/02/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/02/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/02/11 Glauca Oliveira	53-Data, local e Assinatura da Empresa 07/02/11
---	---	---	--

CLÍNICA E EBENEZER
CNPJ: 22.772.479/0001-1
Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM