

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/03 4-Data de Autorização 13/01/03 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8435817 7-Data Validade da Semna 12/01/06 511620 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Munícipio da Carteira 10/02/02 5-11-6-3-1-6-0-0-0-1-4-9-0-1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDIMILSON GOMES NUNES 03/12/1982 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDIMILSON GOMES NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 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 1031123602664 22-Nome do Contratado Execlante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Execlante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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 Guisa	42-Assinatura
1-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	30,00	03/01			
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	30,00	03/01			
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	30,00	03/01			
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	30,00	03/01			
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data 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 144,00 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. 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

CLÍNICA E EBENEZER

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/03 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/03 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/03 53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/03 J. 22.772.479/0001-17 Rua Japutã, N° 430 - Cachoeirinha CEP: 69.065-150 Manaus-AM