



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{da}



512757
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
31/10/2013

4-Data de Autorização
11/09/2014

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8440512

7-Data Validação da Guia
12/09/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010210251027210016411014

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
JOSE EDUARDO DE OLIVEIRA RODRIGUES

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
ANTONIO SOUZA RODRIGUES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN
CLINICA EBENEZER

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CBO S
01

25 -
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) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

27-Número no CRO
3666

28-UF
AM

29-Código CBO S

(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Visor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1	010	85100200	74	OD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	01/04/2014	sem faturar	sem faturar
2	010	85100200	61	P	1	16,00	0,00	0,00	0,00	01/04/2014	sem faturar	sem faturar
3	010	85100200	64	OM	1	88,00	0,00	0,00	0,00	01/04/2014	sem faturar	sem faturar
4	010	85100200	85	O	1	16,00	0,00	0,00	0,00	01/04/2014	sem faturar	sem faturar
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão 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\$							
11/11/11	1	1-Total 2-Parcial	2198,00	0,00	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(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-Dados Locais e Assinatura do Contratado Solicitante
51-Dados Locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável
52-Dados Locais e Assinatura do Contratado Solicitante
53-Dados Locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável

CLÍNICA EBENEZER
CNPJ: 22.772.479/0001
Rua Japura, N° 430 - Cachoeiri
CEP: 69.065-150 Manaus-