

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



541738
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 04/05/21 4-Senha 05/015/21 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8561223 7-Dia Validade da Guia 02/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202528929100003904 9-Ponto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004079782210

13-Nome ANGELLINY SILVA DA SILVA 02/02/2013 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GISELLE CONCEICAO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CLINICA EBENEZER 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 414 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031236012664 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			05/05/21		<i>Giselle</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsão 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 34,00 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) 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/05/21 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/05/21 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/05/21 *Giselle C. da Silva* 53-Dia, local e Contato da Empresa 05/05/21

CLINICA E BENEZER
CNPJ: 22.772.479/0001-
Rua Japura, N° 430 - Cachoeirir
CEP: 69.065-150 Manaus-
AM