



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 12/09/2011	4-Data de Autorização 13/01/2011	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8250770	7-Data Validade da Semana 12/09/2014	465778 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202511631600074502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
SUANE BARAUNA LIMA

13/01/1996

14-Telefone
() -

15-Nome do Titular do plano
LUCINALDO CRUZ DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CLINICA EBENEZER	17-Nome do Profissional Solicitante N	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	30/04/2011		Suane
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	30/04/2011		Suane
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	30/04/2011		Suane
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	30/04/2011		Suane
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00		S	30/04/2011		Suane
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 178,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/04/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/04/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/04/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/04/2011
---	---	---	---

CEP: 69.065-150 Cachoeirinha
 22-772-47910001-17
 EBENEZER
 Manaus-AM