



Memoranda para ser assinada

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 12/7/10 1/1/2/1 5-Será Autorizado 8239669 6-Numero da Guia Principal 7-Data Validade da Seria 12/7/10 1/1/2/1 463207 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 000202528929100008603 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A 11-Data Validade da Carteira 12-Numero da Carteira Nacional de Saúde 702504385385935

13-Nome YASMIM BIATRIZ DA COSTA MEDEIROS

14-Telefone (912) 913114807 15-Nome do titular do plano BARBARA SOUZA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Numero no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Numero no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 26-UF AM 27-Numero no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S 414 - Faturar Empresa

20-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1-10	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53	1	1	73,00	0,00	03/04/10	S	03/04/10	03/04/10	Barbara
2-00	083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54	1	1	73,00	0,00	03/04/10	S	03/04/10	03/04/10	Barbara
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 146,00 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 assinante 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 Encargado Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Rua Japura, Nº 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM

CLINICA EBENEZER

CEP: 69.065-150 Manaus-AM

Manaus-AM