

2-N



1-Registro ANS 406414	3-Data da Emissão da Guia 10/8/01/21	4-Data de Autorização 11/2/01/21	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179943	7-Data Vencível da Semana 10/8/04/21
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

449764
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 3 3 9 2 9 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	EDILEUSA DE JESUS RIBEIRO REIS
14-Telefone	02/10/1976
15-Nome do titular do plano	EDILEUSA DE JESUS RIBEIRO REIS

Índice do Combustível Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	03123602664
22-Nome do Contratado Exatidão	CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO
23-Número no CRO	3666
24-UF	AM
25-Código CNES	Enviar - RX (f) 85102200

26-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO	27-Número no CRO 3666	28-JF AM	29-Código CBO S	(1) 25/10/2020
---	---------------------------------	--------------------	-----------------	----------------

Plano de Tratamiento Procedimientos Sociales

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação RS	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	45	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0		S	4/2/04		Eduardo
2- 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	46	OV	1	8 8 0 0	0 0 0 0		S	4/2/04		Eduardo
3- 0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	47	OV	1	8 8 0 0	0 0 0 0		S	4/2/04		Eduardo
4- 0	0	RESTAURAÇÃO RESINA										
5- 0	0	RESTAURAÇÃO RESINA										
6- 0	0	RESTAURAÇÃO RESINA										
7- 0	0											
8- 0	0											
9- 0	0											
10- 0	0											
11- 0	0											
12- 0	0											
13- 0	0											
14- 0	0											
15- 0	0											

43- Data Previsto 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\$

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 no plano de tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	13/12/11 04/11/214
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/12/11 04/11/214
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/12/11 04/11/214
53-Dia, local e Carimbo da Empresa	13/12/11 04/11/214

7/2/04/24

[illegible]