



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



475537
INTERCÂMBIO

3-Atividade para WCH S0111

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Data de Autorização 11/12/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8293889	7-Data Validade da Senha 11/12/15
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202511631600075803	9-Piloto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LUCA KEMUEL LOPES SOUZA	20/12/2003	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do Titular do plano MAYCON ROBERTO RIBEIRO DE SOUZA
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CLINICA EBENEZER	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-
---	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0311236012664	22-Nome do Centalide Excludente CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-
--	--	--------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Excludente CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	27-Número no CRO 3666	28-UF AM	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000816	EXODONTIA A RETALHO	14	1	1	73,00	0,00	0,00	12/12/2012	12/12/2012		Maycon
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,00	0,00	0,00	12/12/2012	12/12/2012		Maycon
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cordônia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Franch	46-Total Quantidade US 87,00	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) 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

CLINICA E BENEZER

CNPJ-22.772.479/0001-47

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/12/2012
---	---	---	--

CEP: 69.065-150 Manaus-AM