

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 5/12/11 4-Data de Autorização 10/6/10 5/12/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8544385 7-Data Validade da Sentença 10/1/10 8/12/11

539904
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5/11/63 16/00076002 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa BRITANIA COMPONENTES

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RYAN CARVALHO MORENO

27/11/2002

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MIRIELLE LIMA CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER

22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

18-Número no CRO 3666

19-UF AM

20-Código CRO S 01

21-Código na Operadora CNPJ/CPF 10311236012664 22-Número no CRO 3666

23-Código CNES 025 - Faturar Empresa

25-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

22-Número no CRO 3666

28-UF AM

29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				06/03/10		Rygon
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00				06/03/10		Rygon
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00				06/03/10		Rygon
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00				06/03/10		Rygon
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00				06/03/10		Rygon
6-00												Rygon
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data 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 178,00 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-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 06/11/10 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 06/11/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/10 Rygon e M. Rygon 53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/10

Rua Japura, Nº 400 - Cachoeirinha
CEP: 93.065-150 Manaus-AM
CNPJ: 22.772.479/0001-17
EBENEZER