



462285
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 26/11/2011 4-Data de Autorização 03/10/2011 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8234815 7-Data Validade da Sentença 12/06/2014 12/11

Dados do Beneficiário B-Número da Carteira 00202511631600075802 5-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOYCE DA SILVA LOPES SOUZA 03/04/1983 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano MAYCON ROBERTO RIBEIRO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 01 25-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 22-Número no CRO 3666 23-UF AM 24-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664 26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE 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-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura
1-0	0851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00			03/02/21	X
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista 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 61,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Frequência / 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/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 03/10/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/21 53-Data, local e Contato da Empresa 03/10/21 772.479/0001-17