



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/02/21 4-Data de Autorização 13/02/21 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8263573 7-Data Validade da Sentença 04/05/21

468836 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025352 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CARLOS GABRIEL FRANCO DA SILVA 30/07/2002 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CARLOS GABRIEL FRANCO DA SILVA

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664

22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CRO S 025 - 23-Número na CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES Enviar - RX 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CRO S 85100200 30-Franchise/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tratamento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Frase	35-Clínica	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	14	OD	1	8 8 10 0	0 10 0	0 10 0	1	02/03/21	Restauração	Carla
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	15	OM	1	8 8 10 0	0 10 0	0 10 0	1	02/03/21	Restauração	Carla
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	26	O	1	6 1 10 0	0 10 0	0 10 0	1	31/03/21	Restauração	Carla
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	27	O	1	6 1 10 0	0 10 0	0 10 0	1	31/03/21	Restauração	Carla
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	46	O	1	6 1 10 0	0 10 0	0 10 0	1	43/02/21	Restauração	Carla
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	47	O	1	6 1 10 0	0 10 0	0 10 0	1	43/02/21	Restauração	Carla
7-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	36	OV	1	8 8 10 0	0 10 0	0 10 0	1	31/03/21	Restauração	Carla
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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 5 0 8 10 0 47-Valor Total R\$ 0 10 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, Valor e Assinatura da Empresa

31/03/21 12/02/21 31/03/21 24/03/21

CLÍNICA E EBENEZER

CNPJ: 22.772.479/0001-17

430 - Cachoeirinha Manaus-AM