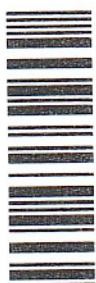


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/12/10 5/12/11

4-Data de Autorização
11/13/10 5/12/11

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8581307

7-Data Validade da Guia
11/01/10 8/12/11

549690
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025116316000760003

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
BRITANIA COMPONENTES

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
HUMBERTO GOMES MORENO JUNIOR

28/04/2009

15-Nome de Titular do Plano
MIRELLE LIMA CARVALHO

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN
CLINICA EBENEZER

17-Nome do Profissional Solicitante
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

18-Número no CRO
3666

19-UF
AM

20-Código CBO S
01

21-UF
AM

22-Código CNES

23-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

003123602664

22-Nome do Contratado Executante
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO
3666

24-UF
AM

25-Código CNES

26-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
8-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
9-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
10-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
11-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
12-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
13-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
14-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte
15-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10,00	0,00	13,05/21	S	13/05/21		Xlucylyte

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
174,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

Declaramos, 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Devidamente, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dado legal e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante
13/05/11

51-Dado legal e Assinatura do Contratado Dentista
13/05/11

52-Dado legal e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/05/11

53-Dado legal e Assinatura da Empresa
13/05/11

CEP: 69.065-150 Manaus-AM

22-772.479/0001-17

Manaus-AM

Manaus-AM