



510057
INTERCÂMBIO

Isaquitilda para todos saber

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2013 4-Data de Autorização 13/01/2013 5-Sereta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8429081 7-Data Validade da Sereta 12/04/2016

Cartão do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253656000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome JHONATAS ARCOS BARBOSA 22/08/1986 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JHONATAS ARCOS BARBOSA

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 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES Envier - RX (I) 85100200 (I) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	8,00	0,00			30/03/2013		Jhonata
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	6,10	0,00			30/03/2013		Jhonata
3-00	081000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	0,00			30/03/2013		Jhonata
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 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 163,00 47-Valor Total R\$ 163,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/03/2013 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/2013 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Jhonata 53-Data, local e Assinatura da Empresa 30/03/2013 Manaus-AM

CEP: 69.065-150 Cachoeirinha

22.772.479/0001-17

Manaus-AM