



1-Registro ANS 406414

4-Data de Emissão de Guia 12/7/01

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8239765

7-Data Validade em Senha 12/7/01

463231 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025340570000000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome AMANDA DA SILVA LIMA

16/12/1993

14-Telefone

15-Nome do titular do plano AMANDA DA SILVA LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendamento a RN CLINICA EBENEZER

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO 3666

19-UF AM

20-Código CBO S 01

21-Enviar - RX Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031236102664

22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO 3666

24-UF AM

25-Código CNES

26-Enviar - RX Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

27-Número no CRO 3666

28-UF AM

29-Código CBO S

(1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentoflegio	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	001	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	001	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OPV	1	12,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												

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.

CLINICA E BENEZER

CNPJ: 22.772.479/0001-17

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/03/2024

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/03/2024

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/03/2024

53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/03/2024 430 - Cachoeirinha

54-Data, local e Assinatura da Empresa 02/03/2024 150 Manaus-AM

Perceira da Silva