



1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2013 4-Data de Autorização 19/03/2013 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8356078 7-Data Validade da Senha 10/2/2016 491050 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202511631600085102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome LEILZA DE OLIVEIRA SAMPAIO

07/02/1985

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano DANIEL FERREIRA SAMPAIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CLINICA EBENEZER 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CRO S 01 25-UF AM 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-

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 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	73,00	0,00	0,00	19/03/2013	19/03/2013	19/03/2013	19/03/2013
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	14,00	0,00	0,00	19/03/2013	19/03/2013	19/03/2013	19/03/2013
3-00												
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 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 87,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / 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) 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

CLINICA E BENEZEIR

CNPJ: 22.772.479/0001-17

50-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/03/2013 51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/03/2013 52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 19/03/2013 53-Diga, local e Assinatura da Empresa 19/03/2013 - Cachoeirinha CEP: 69.065-150 Manaus AM