



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



522902
INTERCÂMBIO

Inscrição para você emitir

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2012	4-Data de Autorização 11/04/2012	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8481072	7-Data Validade da Guia 11/03/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202528929100016301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703301239392210
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	--

13-Nome ANDREZA FREITAS DE CARVALHO	14-Teléfono (912) 910917724	15-Nome do titular do plano ANDREZA FREITAS DE CARVALHO
--	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CRO S 01	414 - Faturar Empresa
------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664	22-Nome do Contratado Executante CRISTHANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CRISTHANE 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-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	22/04/2012		<i>Andrezza</i>
2-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	22/04/2012		<i>Andrezza</i>
3-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	22/04/2012		<i>Andrezza</i>
4-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	22/04/2012		<i>Andrezza</i>
5-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	22/04/2012		<i>Andrezza</i>
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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.

49-Observação

50-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>22/04/2012</i>	51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>22/04/2012</i>	52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Andrezza Freitas de Carvalho</i>	53-Diga, local e Carimbo da Empresa CLINICA EBENEZER 430 - Cachoeirinha CEP: 69.065-150 Manaus-AM
--	--	--	---