



Interchange para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

513785
INTERCÂMBIO



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/11/04 11:21	4-Data de Autorização 10/7/04 11:21	5-Sentido AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8444618	7-Dia Validado da Guia 13/01/06 11:21
8-Número da Carteira 100202511631600014902			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Nome EDUARDO MANOEL SANTOS NUNES			13-Telefone 18/07/2011	14-Nome do titular do plano EDMILSON GOMES NUNES	15-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteração a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18-Nome do Contratado Exercente CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	19-Número no CRO 3666	20-Código CBO S 01	21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103123602664	23-Nome do Profissional Exercente CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	24-Número no CRO 3666	25-Código CBO S 3666	26-Código CBO S AM	27-Código CBO S AM
28-Nome do Profissional Exercente CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabalete 1-00081000065 2-00084000090 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	33-Dente/Região 11 12	34-Face 1 2	35-Qtd 1 2
36-Quantidade US 34,00 12,00			37-Valor 10,00 10,00	38-Franquia/Co-participação R\$ S 07/04/24 S 07/04/24	39-Aut S 07/04/24 S 07/04/24
40-Data de Realização S 07/04/24 S 07/04/24			41-Motivo da Guia S 07/04/24 S 07/04/24		
42-Assinatura S 07/04/24 S 07/04/24			43-Assinatura S 07/04/24 S 07/04/24		
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 10,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00					
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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional em atendimento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante 07/04/24					
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/04/24					
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/24					
53-Dia, local e Assinatura do Emprego 07/04/24					

CNPJ: 22.712.479/0001-17

Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha