



Integridade para você com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



517715
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/11/2014 12:11	4-Dia de Autorização 10/11/2014 12:11	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8460992	7-Dia Validade da Guia 10/16/2017 12:11																																																		
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																				
8-Número da Carteira 101021025102272200070801	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA																																																				
13-Nome ANGELA MARIA BRAGA NOGUEIRA			11-Dia Vencimento da Carteira 10/11/2014																																																				
14-Telefone () - - - - -			15-Nome do Titular do Plano ANGELA MARIA BRAGA NOGUEIRA																																																				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																							
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa																																																		
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 103112316021664	22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES																																																			
26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	27-Número no CRO 3666	28-UF AM	29-Código CBO S																																																				
Dados do Tratamento / Procedimento solicitado																																																							
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-F-geo	35-Cid	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura																																											
1-010	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		09/04/21		Angela																																												
2-101	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		09/04/21		Angela																																												
3-101	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		09/04/21		Angela																																												
4-101	853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		09/04/21		Angela																																												
5-1																																																							
6-1																																																							
7-1																																																							
8-1																																																							
9-1																																																							
10-1																																																							
11-1																																																							
12-1																																																							
13-1																																																							
14-1																																																							
15-1																																																							
43-Dia Previsão Término do Tratamento						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 1144,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franchisa / 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fôroam 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-Dia, local e Assinatura do Operador-Dentista Solicitante 09/11/2014														51-Dia, local e Assinatura do Operador-Dentista 09/11/2014														52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2014														53-Dia, local e Assinatura da Empresa 09/11/2014													

CLINICA E EBENEZER

Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM