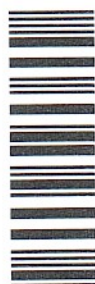


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



468133
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 02/02/21 4-Data de Autorização 03/03/21 5-Semana AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8260785 7-Data Validade da Semana 03/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0202511600075802 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BRITANIA COMPONENTES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JOYCE DA SILVA LOPES SOUZA 03/04/1983 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MAYCON ROBERTO RIBEIRO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03123602664 22-Nome do Contratado Exatante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 27-Número no CRO 3666 28-UF AM 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				03/02/21		X Joyce
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				03/02/21		X Joyce
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				03/02/21		X Joyce
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				03/02/21		X Joyce
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00				03/02/21		X Joyce
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	178,00			10,00		

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/02/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/02/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 X Joyce da S. Souza 53-Data, local e Cartão da Empresa 03/02/21 Clínica E Benazer

CLÍNICA E BENEZER

CNPJ: 22.772.479/0001-17

Av. Maria Aurora, N° 430 - Cachoeirinha

CEP: 69.065-150 Manaus-AM