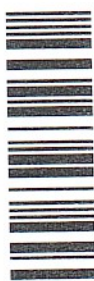




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



506004  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS  
4068414

3-Data de Emissão da Guia  
12/10/2012

4-Data de Autorização  
11/10/2012

5-Senha  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
8412552

7-Data Validade da Senha  
12/10/2016

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
00202510272200149401

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira  
11/10/11

12-Número da Carteira Nacional de Saúde

13-Nome  
JOELSON DE SOUZA NASCIMENTO

28/08/1981

14-Telefone  
( ) -

15-Nome do titular do plano  
JOELSON DE SOUZA NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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 na Operadora / CNPJ / CPF  
03123602664

22-Nome do Contratado Executante  
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

23-Número no CRO  
3666

24-UF  
AM

25-Código CNES  
Enviar - RX  
(1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante  
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

27-Número no CRO S  
3666

28-UF  
AM

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabula                              | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região        | 34-Face               | 35-Qtd                                  | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchia/Co-participação R\$ | 39-Mul | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glor | 42-Assinatura |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-010                                  | 812000875                 | EXODONTIA SIMPLES DE   | 18                     | 1                     | 1                                       | 73,00            | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 14/04/2012            |                   |               |
| 2-010                                  | 81000421                  | RX PERIAPICAL          | RMSD                   | 1                     | 1                                       | 14,00            | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 14/04/2012            |                   |               |
| 3-010                                  |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-010                                  |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-010                                  |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-010                                  |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-010                                  |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-010                                  |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-010                                  |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-010                                 |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-010                                 |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-010                                 |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-010                                 |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-010                                 |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-010                                 |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento    | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$    | 48-Total Franchia / Co-participação R\$ |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11/10/12                               | 1-Tratamento Odontológico | 2-Exame Radiológico    | 3-Ortodontia           | 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial                       | 87,00            | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 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(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  
14/10/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
14/10/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
14/10/2012

53-Data, local e Assinatura da Empresa  
14/10/2012

CLINICA E EBENEZER  
CNPJ: 22.772.479/0001-17  
Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha  
CEP: 69.065-150 Manaus-AM