



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 10/09/01/01/21	4-Data de Autorização 11/11/01/1/21	5-Semha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8181781	7-Data Válidade da Semha 10/09/01/04/1/21	450299 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número do Cartão 10/02/02/51/02/72/20/01/11/06/01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade do Cartão 11/11/01/1/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANILO BARBOSA PEREIRA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano DANILO BARBOSA PEREIRA
16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 07/08/1983				

17-Atendimento a RN CLINICA EBENEZER	18-Número no CRO 3666	19-UF AM	20-Código CBO S 01	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 031123602664	22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	23-Número no CRO 3666	24-UF AM	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200	26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO	27-Número no CRO 3666	28-UF AM	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------------	---	---	--------------------------	-------------	---	---	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	01851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S			
2-00	01851100210	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IV	1	88,00	0,00		S			
3-00	01851100210	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IV	1	88,00	0,00		S			
4-00												
5-00												
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 11/11/01/1/21	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 237,00	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(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 11/11/01/1/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/01/1/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/01/1/21 - Danilo Barbosa	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/01/1/21
--	--	---	---