



493029  
INTERCÂMBIO

Inteligência para toda vida

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 10/06/10 03/12/11 4-Data de Autorização 11/01/03/12/11 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8363109 7-Data Validada da Semana 10/04/10 16/12/11

8-Data do Beneficiário 01/02/2010 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VINICIUS DIOGO QUEIROZ PASSOS 14-Teléfono ( ) 15-Name do titular do plano DIEGO DA SILVA PASSOS

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 031236012664 22-Name do Contratado Executante CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES

26-Name do Profissional Executante 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-Faixa | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Causa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------------------|-----------------|----------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 0810000651                | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                 | 1        | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | 5,40   | 03/12/11              |                    | Edyabete      |
| 2-00      | 0840000910                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 | 1        | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | 5,40   | 03/12/11              |                    | Edyabete      |
| 3-00      |                           |                           |                 |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 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 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 106,00 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / 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), foi/foram 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 10/03/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/12 Edyabete M. Nogueira 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/03/12 CNPJ: 22.772.479/0001-1