

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-ANº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/09/2014 4-Dia de Autorização 11/10/2014 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8536007 7-Dia Validade da Serinha 12/08/2014

537542  
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202510272200146004 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Dia Validade do Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome PEDRO LEVI QUEIROZ FARIAS 14-Telefone 17/03/2014 15-Nome do titular do plano WEBER MARK CASTRO DE FARIAS

16-Número no CRO 3666 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 01 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 103123602664 22-Nome do Contratado Exatante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Exatante CRISTHIANE 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-Dia de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------|
| 1-000                                 | 8100065                                                                          | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                        | 1                  | 1                                       | 134,00           | 0,00     |                                 | S      | 11/05/2014           |                    |               |
| 2-000                                 | 8400090                                                                          | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                        | 1                  | 1                                       | 72,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/2014           |                    |               |
| 3-000                                 |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 4-000                                 |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 5-000                                 |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 6-000                                 |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 7-000                                 |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 8-000                                 |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 9-000                                 |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 10-000                                |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 11-000                                |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 12-000                                |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 13-000                                |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 14-000                                |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 15-000                                |                                                                                  |                           |                        |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                      |                    |               |
| 43-Dia Previsto 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         | 106,00                 | 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(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-Dia, local e Assinatura do Consultor Dentista Solicitante 11/05/2014 51-Dia, local e Assinatura do Consultor Dentista 11/05/2014 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/05/2014 Pedro Farias 53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 11/05/2014 54-Valor Total R\$ 106,00 55-Valor Total R\$ 0,00 56-Valor Total R\$ 0,00 57-Valor Total R\$ 0,00 58-Valor Total R\$ 0,00 59-Valor Total R\$ 0,00 60-Valor Total R\$ 0,00 61-Valor Total R\$ 0,00 62-Valor Total R\$ 0,00 63-Valor Total R\$ 0,00 64-Valor Total R\$ 0,00 65-Valor Total R\$ 0,00 66-Valor Total R\$ 0,00 67-Valor Total R\$ 0,00 68-Valor Total R\$ 0,00 69-Valor Total R\$ 0,00 70-Valor Total R\$ 0,00 71-Valor Total R\$ 0,00 72-Valor Total R\$ 0,00 73-Valor Total R\$ 0,00 74-Valor Total R\$ 0,00 75-Valor Total R\$ 0,00 76-Valor Total R\$ 0,00 77-Valor Total R\$ 0,00 78-Valor Total R\$ 0,00 79-Valor Total R\$ 0,00 80-Valor Total R\$ 0,00 81-Valor Total R\$ 0,00 82-Valor Total R\$ 0,00 83-Valor Total R\$ 0,00 84-Valor Total R\$ 0,00 85-Valor Total R\$ 0,00 86-Valor Total R\$ 0,00 87-Valor Total R\$ 0,00 88-Valor Total R\$ 0,00 89-Valor Total R\$ 0,00 90-Valor Total R\$ 0,00 91-Valor Total R\$ 0,00 92-Valor Total R\$ 0,00 93-Valor Total R\$ 0,00 94-Valor Total R\$ 0,00 95-Valor Total R\$ 0,00 96-Valor Total R\$ 0,00 97-Valor Total R\$ 0,00 98-Valor Total R\$ 0,00 99-Valor Total R\$ 0,00 100-Valor Total R\$ 0,00

CNPJ: 22.772.479/0001-17  
Rua Capura, N° 430 - Cachoeirinha  
Manaus-AM