



509975
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/6/03 4-Data de Autorização 12/7/03 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8428677 7-Data Validade da Guia 12/4/06

8-Número do Contrato 00020251027220087604 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Contrato Nacional da Saúde

13-Nome ALINNE SHIRLEY PALHETA DA SILVA 14-Teléfono 02/01/2000 15-Nome do titular do plano ELANE DE SOUZA PALHETA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 01 25-UF AM 25-Código CNES Enviar - RX 29-Código CBO S 01 81000421- 29-UF AM 29-Código CBO S 01 81000421-

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 29-Código CBO S 01 81000421- 29-UF AM 29-Código CBO S 01 81000421-

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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	10,00			25/03/04		Elaine
2-00	81000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	0,00			25/03/04		Elaine
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista 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 102,00 47-Valor Total R\$ 102,00 48-Total Franchia / 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.

50-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista Solicitante 25/03/04 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/03/04 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/03/04 Elaine Shirley Palheta da Silva 53-Data, local e Cópia da Empresa 25/03/04

CEP: 69.065-150 Cachoeirinha