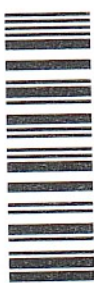




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



520025  
INTERCÂMBIO

Identificação para você emitir

1-Registro ANS  
406414

3-Dia de Emissão da Guia  
11/01/04/1211

4-Data de Autorização  
12/4/04/1211

5-Semana  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
8469960

7-Data Validade da Guia  
10/9/07/1211

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
00201251101272200164103

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira  
11/01/04/1211

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
JOAO ANTONIO DE OLIVEIRA RODRIGUES

20/04/2012

14-Telefone  
( ) - - - - -

15-Nome do titular do plano  
ANTONIO SOUZA RODRIGUES

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
N  
CLINICA EBENEZER

17-Nome do Profissional Solicitante  
CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

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

26-Nome 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-Face            | 35-Clid                                 | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-0                                   | 081000065                 | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                        |                    | 1                                       | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 11/01/04/1211         |                   | mponte        |
| 2-0                                   | 084000090                 | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                        |                    | 1                                       | 72,00            | 0,00     |                                 |        | 11/01/04/1211         |                   | mponte        |
| 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-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\$ |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11/01/04/1211                         | 1-Tratamento Odontológico | 1-Total 2-Parcial         | 1106,00                | 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) 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 Beneficiário-Dentista Solicitante  
11/01/04/1211

51-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista  
11/01/04/1211

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
11/01/04/1211

53-Dia, local e Assinatura da Empresa  
11/01/04/1211

54-Dia, local e Assinatura da Empresa  
11/01/04/1211

55-Dia, local e Assinatura da Empresa  
11/01/04/1211

CLÍNICA E DENEZER  
Rua Japura, Nº 430 - Cachoeirinha  
CEP: 69.065-150 Manaus-AM