



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/03 4-Data de Autorização 24/10/2003 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8412555 7-Data Validade da Senha 12/06/2011

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202510272200149402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JUCILENE DE OLIVEIRA NASCIMENTO 03/12/1979 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOELSON DE SOUZA NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento 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 03123602664 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 26-Número no CRO 3666 27-UF AM 28-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO

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-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	00	0,00		S	24/03/2011		<i>Luciane</i>
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36	00	0,00		S	24/03/2011		<i>Luciane</i>
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36	00	0,00		S	24/03/2011		<i>Luciane</i>
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36	00	0,00		S	24/03/2011		<i>Luciane</i>
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36	00	0,00		S	24/03/2011		<i>Luciane</i>
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	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	178,00	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(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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2011 *Jucilene Oliveira* 53-Data, local e Cartão da Empresa 24/10/2011

Rua Japura, Nº 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM
22.772.479/0001-17
EBENEZER