



522593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 1 3 / 10 / 14 4-Data de Autorização 12 / 14 / 10 4 / 12 1 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8479911 7-Data Validação da Sentença 1 12 / 10 / 17 1 / 12 1

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 10 0 2 10 2 5 1 0 2 7 2 10 0 1 6 4 1 0 3 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA 11-Data Validade da Carteira 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 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA EBENEZER 18-Número no CRO 3666 19-UF AM 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 3 1 2 3 6 0 2 6 6 4 22-Nome do Contratado Executante CRISTHIANE BEGHINE CLAUDIANO 23-Número no CRO 3666 24-UF AM 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante 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/Rugilo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	55	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0			12/11/14		
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	1	8 8 0 0	0 0 0 0			12/11/14		
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

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 1 4 9 0 0 47-Valor Total R\$ 10 0 0 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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CLINICA EBENEZER
Rua Japura, N° 430 - Cachoeirinha
CEP: 69.065-150 Manaus-AM