



1-Registro ANS
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 11/07/2011

4-Data de Autorização
 18/03/2011

5-Será
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 8397625

7-Data Validade da Guia
 15/06/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 00202510272200164403

9-Fruto
 POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
 PHILCO ELETRONICOS SA

11-Data Validade da Carteira
 11/07/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

PEDRO LUCAS DOS SANTOS LAVAREDA

23/06/2009

14-Teléfono

() - - - - -

15-Nome do titular do plano
 PEDRO WANDERSON LAVAREDA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN
 CLÍNICA EBENEZER

22-Nome do Contratado Executante
 CRISTIANE BEGHINE CLAUDIANO

18-Número no CRO
 3666

19-UF
 AM

20-Código CBO S
 025 -
 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 03123602664

23-Número no CRO
 3666

24-UF
 AM

25-Código CNES

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-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

1-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

1

34

10

10

18/03/2011

18/03/2011

18/03/2011

Wander

2-008400090

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

1

72

10

10

18/03/2011

18/03/2011

18/03/2011

Wander

CMS 057

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
 106,00
 47-Valor Total R\$
 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$
 0,00

49-Observação

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Solicitante
 18/03/2011
 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista
 18/03/2011
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável
 18/03/2011
 53-Data, local e Carimbo da Empresa
 18/03/2011