



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 09/07/2014 4-Data de Autorização 11/07/2014 5-Semana AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 12695353 7-Data Validade da Guia 07/10/2014 1945745 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020250078119005111011

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL 11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSE RIBAMAR DOS SANTOS PESTANA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JOSE RIBAMAR DOS SANTOS PESTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN DANIELE CHAGAS DE LIMA BELMIRO

17-Nome do Profissional Solicitante DANIELE CHAGAS DE LIMA BELMIRO 18-Número no CRO 53045 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 059126756707 22-Nome do Contratado Executante DANIELE CHAGAS DE LIMA BELMIRO 23-Número no CRO 53045 24-UF RJ 25-Código CHES 26-Número no CRO 53045 27-UF RJ 28-Código CBO S

29-Nome do Profissional Executante DANIELE CHAGAS DE LIMA BELMIRO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Fee	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/07/2014		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		1		14,00	0,00			11/07/2014		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Finalizado Tratamento 11/07/2014 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Coparticipação 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. Declino, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s). 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 Cópia da Empresa

Dra. Daniele Belmiro
Cirurgiã Dentista
CRO 53045 RJ

Dra. Daniele Belmiro
Cirurgiã Dentista
CRO 53045 RJ

Dra. Daniele Belmiro
Cirurgiã Dentista
CRO 53045 RJ