



5-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 10/12/10		4-Data de Autorização 10/09/11 10/12/10		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50198077		7-Data Validade da Santa 10/07/10 11/12/11		393300 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																									
Número de Carteira 10 03 7 9 9 9 4 0 6 3 2 0 8 1 1 0																									
9-Plano POS REDE PRESTADORA																									
13-Memô RAYCHEL LEE MONTEIRO OLIVEIRA																									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																									
16-Atribuição a RN N																									
17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA																									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18 2 4 3 6 2 7 4 7 2 0																									
22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA																									
25-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA																									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:																									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente-Região		34-Face		35-Qnd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia-Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Moeda da Conta		42-Assinatura	
		1- 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1				3 4 0 0		0 0 0						15/09/11 10/12/10					
		2-																							
		3-																							
		4-																							
		5-																							
		6-																							
		7-																							
		8-																							
		9-																							
		10-																							
		11-																							
		12-																							
		13-																							
		14-																							
		15-																							
43-Data Prevista Término do Tratamento 10/09/11 10/12/10		44-Tipo de Aumento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odonomia 4-Ulceras Emarginais		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3 4 0 0		47-Valor Total R\$ 10 0 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																									
49-Observações																									
51-Data Local e Assinatura do Paciente/Beneficiário 10/09/11 10/12/10														52-Data Local e Assinatura do Profissional Dentista 10/09/11 10/12/10											
53-Data Local e Assinatura do Gerente/Solicitante/Responsável 10/09/11 10/12/10														54-Data Local e Carimbo da Empresa 10/09/11 10/12/10											