



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 4-Data de Autorização 12/11/07 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50177636 7-Data Validade da Semeta 11/8/11 8-Data Validade da Guia 12/01/07

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1003799914059809946 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ALIANCA ADMINISTRADORA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003271859126

13-Nome MAICON DE SOUZA DAIHA 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano MAICON DE SOUZA DAIHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 18-Número no CRO 27455 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1071150243703 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 23-Número no CRO 27455 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA 27-Número no CRO 27455 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	081001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				12/01/07		X
2-10	0853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				12/01/07		X
3-10	0853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				12/01/07		X
4-10	0853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				12/01/07		X
5-10	0853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				12/01/07		X
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 / 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) 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/07 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/07 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/07 53-Data, local e Carimbo da Empresa

RODRIGO CARVALHO DA SILVA
CRO-RJ 27455