



1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão de Guia 12/5/10 11/2/11 4-Dados de Autenticação 12/8/10 11/2/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8229626 7-Dados de Validade de Série 12/5/10 14/1/2/11

8-Plano de Cessão 10/0/2/0/2/5/2/1/1/6/8/3/0/0/0/9/8/0/0/2/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FEDERAÇÃO NACIONAL DE APOIO 11-Dados de Validade de Cessão 12/5/10 14/1/2/11 12-Número do Contrato Nacional de Saúde 13-Nome DAVID EDSON DE FREITAS ARAUJO SOUZA 14/11/1986 14-Teléfono (1211) 1336512144 15-Nome no Vítima do Plano JAILMA CONCEICAO DA SILVA

16-Atendimento a NN SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS 17-Nome do Profissional Solitante GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 37075 19-UF RJ 20-Código CBO S 09 21-Número no CRO 37075 22-Número no CRO 37075 23-Código CNES (1) 81000421-RPSE (1) 81000421- 24-UF RJ 25-Código CBO S (1) 81000421- 26-UF RJ 27-Número no CRO 37075 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 81000421-

30-Item	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-Dados de Realização	41-Medico da Empresa	42-Assinatura
1-10	081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-10	081000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-10												
4-10												
5-10												
6-10												
7-10												
8-10												
9-10												
10-10												
11-10												
12-10												
13-10												
14-10												
15-10												

43-Dados Previstos Termino 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 28,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia - Co-participação R\$ 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante 12/8/10 11/2/11 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/8/10 11/2/11 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10 11/2/11 53-Dados, local e Assinatura do Profissional 12/8/10 11/2/11

Dr. Juarez Rodrigues da Cunha

cirurgião dentista

CRO - 10884

X/ David Edison de Azevedo

folha 15

Rx per. e per. de 25 e 16

Finalidade:

Exodontia

e
protese.

21
01
21

Dr. Juarez R. Cunha
Cirurgião Dentista
CRO - 10884

Rua Felipe Cardoso 34 sala 203, tel: 3395-2408
convênios. Assim-Dentsim, Interodonto, Dental Uni, Prevident