



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/2010	4-Data de Autorização 10/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190158	7-Data Validade da Senha 08/12/2010	372234 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa APEFRIO PLPART		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004643076471	
8-Número da Carteira 00379994060042181		13-Nome MARCELA FRANCO SOUZA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCOS JOSE SOUZA DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		18-Número no CRO 43596		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10397919727		22-Nome do Contratado Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		23-Número no CRO 43596		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JULIANA AUDI VON HAEHLING LIMA		27-Número no CRO 43596		28-UF RJ		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Causa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0000		S	14/08/2010	2020 X MFS	
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0000		S	14/08/2010	2020 X MFS	
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0000		S	14/08/2010	2020 X MFS	
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	0000		S	14/08/2010	2020 X MFS	
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/08/2010	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dent 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14400	47-Valor Total R\$ 0000	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 no 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/08/2010 Dr. Juliana A. V. H. Lima Cirurgiã Dentista CRO 43596	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/08/2010 Juliana A. V. H. Lima Cirurgiã Dentista CRO 43596	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/2010 Marcela Franco Souza	53-Data, Local e Assinatura da Empresa 14/08/2010 Clínica Odontológica Frio Lima
---	---	--	---