



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 08/11/2010 4-Data de Autorização 08/11/2010 5-Será Autorizado AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50175162 7-Data Válida da Guia 06/11/2010

336046 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10037000027787721 9-Paciente MAURICIO GABRIEL OLIVEIRA DA S 10-Endereço POS REDE PRESTADORA 11-Telefone 12-Data Válida da Carteira 13-Data Válida do Plano 14-Data Válida do Plano 15-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002241882008

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 18-Número no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1824436274720 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 27-Número no CRO 31802 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Atendimento
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7										
5-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término 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 388,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Operador/Operadora 51-Data, local e Assinatura do Paciente/Doente 52-Data, local e Assinatura do Responsável pelo Tratamento 53-Data, local e Assinatura da Empresa 54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado