



|                                                                             |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                    | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/11/10 11:21 | 4-Data de Autorização<br>12/11/10 11:21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50202093 | 7-Data Validade da Senha<br>12/11/10 11:21 |
| 8-Declaro do Beneficiário                                                   |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                              |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 10-Empresa<br>CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663                                   |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                                    |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700004394622306                    |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 13-Nome<br>STEFANY DE LIMA NORONHA                                          |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                                |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 15-Nome do titular do plano<br>CATIA SILVA DE LIMA NORONHA                  |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 16-Atendimento a R\$<br>N                                                   |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA ODONTOLÓGICA CLEAR DENT LTDA |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>100710699577511                      |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 22-Nome do Contratado Exatante<br>GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO                  |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 23-Número no CRO<br>18285                                                   |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 24-UF<br>RJ                                                                 |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 25-Código CNES<br>RJ                                                        |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 26-UF<br>RJ                                                                 |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 27-Número no CRO<br>18285                                                   |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 28-UF<br>RJ                                                                 |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| 29-Código CBO S<br>801 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 81000421- |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados<br>GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO |                                             |                                         |                       |                                        |                                            |

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição           | 33- Dente/Região | 34- Faixa | 35- Qtd | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|-------------------------|------------------|-----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|---------------------|----------------|
| 1          | 00                         | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                  | 1         | 1       | 34,10             | 0,00      |                                  |         | 25/10/10               |                     |                |
| 2          | 00                         | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD             | 1         | 1       | 36,10             | 0,00      |                                  |         | 25/10/10               |                     |                |
| 3          | 00                         | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID             | 1         | 1       | 36,10             | 0,00      |                                  |         | 25/10/10               |                     |                |
| 4          | 00                         | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE             | 1         | 1       | 36,10             | 0,00      |                                  |         | 25/10/10               |                     |                |
| 5          | 00                         | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE             | 1         | 1       | 36,10             | 0,00      |                                  |         | 25/10/10               |                     |                |
| 6          | 00                         | RX PERIAPICAL           | RPSD             | 1         | 1       | 14,10             | 0,00      |                                  |         | 25/10/10               |                     |                |
| 7          |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 8          |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 9          |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 10         |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 11         |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 12         |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 13         |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 14         |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 15         |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |

|                                                    |                                                                                                 |                                             |                                 |                             |                                                  |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Data Provisão Termino do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>19,21 | 47-Valor Total R\$<br>10,10 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>10,10 |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|

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) em 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 no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
27/10/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável