

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/14/11 01/21 01 4-Data de Autorização 11/14/11 01/21 01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50198871 7-Data Validade da Senha 11/12/11 01/21 11

8-Número da Carteira 0101037191914101610131718121414 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALVIDA COMAER 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11 12-Número do Contrato Nacional da Saúde 709608638665779

13-Nome CAIO LUCIO MONTEIRO SALES 09/08/1967 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CAIO LUCIO MONTEIRO SALES 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON 18-Número no CRO 32105 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNU / CPF 127318157410181471 22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON 23-Número no CRO 32105 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON 27-Número no CRO 32105 28-UF RJ 29-Código CBO S

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados    |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 30-Tabela                                          | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição                                       | 33-Dente/Região | 34-Face                                    | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Método da Gisea | 42-Assinatura                                                                         |
| 1-0                                                | 01810000130               | CONSULTA ODONTOLÓGICA                              |                 |                                            | 1      | 34,00            | 10,00    |                                 | S      |                       |                    |  |
| 2-                                                 |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 3-                                                 |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 4-                                                 |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 5-                                                 |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 6-                                                 |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 7-                                                 |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 8-                                                 |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 9-                                                 |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 10-                                                |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 11-                                                |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 12-                                                |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 13-                                                |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 14-                                                |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 15-                                                |                           |                                                    |                 |                                            |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento             |                           | 44-Tipo de Atendimento                             |                 | 45-Tipo de Faturamento                     |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico |                           | <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico |                 | <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| 46-Tipo de Procedimento                            |                           | 47-Valor Total R\$                                 |                 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$    |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial         |                           | <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial         |                 | <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                                                                                       |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 (a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra Anna Vampre  
Cirurgia Maxilofacial  
32.105