



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 10/12/10	4-Data de Autorização 11/09/11 10/12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50200040	7-Data Validade da Semeta 11/07/11 10/12/11
8-Número da Carteira 01037999406161007183	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 3R COMERCIO DE RAC	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707802646449717	398996 INTERCÂMBIO
13-Nome CARLOS RENATO LIMA ESTEPHANIO					
14-Telefone () -					
15-Nome do Titular do plano CARLOS RENATO LIMA ESTEPHANIO					
16-Amenidade a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO					
18-Número no CRO 35649					
19-UF RJ					
20-Código CBO S 801 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1099104672792					
22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO					
23-Número no CRO 35649					
24-UF RJ					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO					
27-Número no CRO 35649					
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,00			11/09/11	10/12/10	
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,10	0,00			11/09/11	10/12/10	
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,10	0,00			11/09/11	10/12/10	
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,10	0,00			11/09/11	10/12/10	
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,10	0,00			11/09/11	10/12/10	
6-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,10	0,00			11/09/11	10/12/10	
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo do Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,10	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
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) 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 Paciente/Dentista Solicitante 11/09/11, Assinatura B. Dietrich Cirurgia Dentista CRO 35649					
51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 11/09/11, Assinatura B. Dietrich Cirurgia Dentista CRO 35649					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/09/11, Assinatura Carlos Renato Lima Estephanio CRO 35649					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/11, Assinatura Dr. Aldyjanne B. Dietrich CRO 35649					