



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/2/11 4-Data de Autorização 12/4/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50207701 7-Data Validade da Senha 12/0/10 8-Data Validade da Senha 12/1/21

424763
 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010372118000227004 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASBAC 11-Data Validade da Carteira 12/0/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700601411509365 13-Nome EMERSON DOS SANTOS FERREIRA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano EMERSON DOS SANTOS FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES 18-Número no CRO 19918 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 27-Número no CRO 19918 28-UF RJ 29-Código CBO S

Faturar Empresa

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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	85300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	24	1	1	1,00	0,00	0,00	S	25/11/11	20	Emerson
2-010	85300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	25	1	1	1,00	0,00	0,00	S	25/11/11	20	Emerson
3-010	85300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	26	1	1	1,00	0,00	0,00	S	25/11/11	20	Emerson
4-010	85300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	27	1	1	1,00	0,00	0,00	S	25/11/11	20	Emerson
5-010	85300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	34	1	1	1,00	0,00	0,00	S	25/11/11	20	Emerson
6-010	85300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	35	1	1	1,00	0,00	0,00	S	25/11/11	20	Emerson
7-010	85300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	36	1	1	1,00	0,00	0,00	S	25/11/11	20	Emerson
8-010	85300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	37	1	1	1,00	0,00	0,00	S	25/11/11	20	Emerson
9-010	85400025	AUASTE OCLUSAL DESGASTE		1	1	5,90	0,00	0,00	S	25/11/11	20	Emerson
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
12/2/11	1	1	13,90	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 no contrato, declaro, ainda que (o) 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 este 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

12/2/11

25/11/11

25/11/11