



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/5/10 9/12/10

4-Data de Autorização
12/5/10 9/12/10

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7907701

7-Data Validade da Série
12/4/11 12/12/10

383567
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0101201251112343010072121011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DIRECAO ESTACIONAMENTOS SA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

BRUNO GUILHERME DE OLIVEIRA FERNANDES

13/08/1990

14-Endereço

15-Nome do titular do plano
BRUNO GUILHERME DE OLIVEIRA FERNANDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
INTEGRAL Y ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA

21-Código na Operação / CNPJ / CPF
1811411243587
22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA VILLELA LAURINDO

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA VILLELA LAURINDO

18-Número no CRO
19924

19-UF
RS

23-Número no CRO
19924

24-UF
RS

25-Código CNES
Enviar - RX
(1) 85100200 (1F) 85200158-18
(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Volunt	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	17	1	OM	18	10	0,10	1	12/10/10	20	
2-0	018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	25	1	OM	18	10	0,10	1	12/10/10	20	
3-0	018511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	24	1	OD	18	10	0,10	1	12/10/10	20	
4-0	018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	16	10	0,10	1	12/10/10	20	
5-0	018521001158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	1	15	13	10	0,10	12/10/10	20	
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento
21/10/10

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1858,10

47-Valor Total R\$
0,10

48-Total Franchise / Co-participação R\$

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) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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-Considerações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
21/10/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/10/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/10/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Flavia Villela
Odontolife em Odontologia
CRORS 19924