



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 8/12/01 4-Data de Autorização 12/6/10 8/12/01 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50187007 7-Data Validade da Serinha 12/4/11 1/1/12 10/

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 3 7 5 3 4 4 5 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome DOUGLAS FONTENELE BIZERRA

22/05/1995

10-Empresa INSTITUTO DOR DE G 14-Telefone () 15-Nome do titular do plano AGATHA CAROLINE VIEIRA DE OLIV

11-Data Validade da Carteira 12/4/11 1/1/12 10/ 12-Número da Cartão Nacional de Saúde 708704120836693

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a R/N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA CLEAR DENT LTDA

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 0 7 0 6 9 9 5 7 7 5 1 22-Nome do Contratado Excusante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO

18-Número no CRO 18285 23-Número no CRO 18285

19-UF RJ 20-Código CBO S 06 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excusante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO

27-Número no CRO 18285

28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 10 0	0 0 0 0		S	26/08/2010		
2-0 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3 5 10 0	0 0 0 0		S	26/08/2010		
3-0 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3 5 10 0	0 0 0 0		S	26/08/2010		
4-0 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3 5 10 0	0 0 0 0		S	26/08/2010		
5-0 0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3 5 10 0	0 0 0 0		S	26/08/2010		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 1 7 4 10 0 47-Valor Total R\$ 0 10 10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, resultados, riscos e alternativas de tratamento, com a forma apresentada, aceite 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, foram realizados com o meu consentimento e de forma segura. 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 o custo do tratamento.

49-Observação

50-Dados locais e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante 51-Dados locais e Assinatura do Consultor-Dentista 52-Dados locais e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados locais e Assinatura da Empresa