



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 01/20 4-Data de Autorização 12/3/11 01/20 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50201185 7-Data Validade da Santa 12/1/10 11/21 403449 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010379194060203150 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa GERALDO ORLANDO PE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703002880802074

13-Nome CRISTIANE DIELO GRANVILLE 27/12/1978 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GERALDO ORLANDO PEREIRA DE AGU

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARCELLE ALMEIDA DOS SANTOS 18-Número no CRO 22790 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNUJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante MARCELLE ALMEIDA DOS SANTOS 23-Número no CRO 22790 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante MARCELLE ALMEIDA DOS SANTOS 27-Número no CRO 22790 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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	10,00					
2-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	10,00					
3-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	10,00					
4-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	10,00					
5-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	10,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / 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) 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 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