



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 10/12/0 4-Data de Autorização 12/8/11 10/12/0 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50201817 7-Data Validade da Serinha 12/5/10 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/03/72 118000186006 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASBAC 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70320662536595

13-Nome EDSON FERREIRA AMOR DIVINO 01/01/1981 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDSON FERREIRA AMOR DIVINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES 18-Número no CRO 19918 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101181289097100 22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES Envlar - RX (I) 8530039-011 (I) 8530039-014

26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 27-Número no CRO 19918 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 8530039-012 (I) 8530039-013

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	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			11/12/11		
2-0	0	RASPAGEM SUB-	HASD	1	1	4,40	0,00			11/12/11		
3-0	0	RASPAGEM SUB-	HASE	1	1	4,40	0,00			11/12/11		
4-0	0	RASPAGEM SUB-	HAIH	1	1	4,40	0,00			11/12/11		
5-0	0	RASPAGEM SUB-	HAID	1	1	4,40	0,00			11/12/11		
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 2110,00 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/foram 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

11/11/11 11/12/11 Shirley Coelho Goncalves 11/11/11 11/12/11 11/12/11