



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50203442		7-Data Validade da Senha 01/02/2012		410356 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0037994063155467		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CONDOMINIO DO EDIF		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705004680702759			
13-Nome ANA CREIA ALVES DA SILVA MAGRE		29/10/1993		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LUAN MAGRE DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		18-Número no CRO 41376		19-UF RJ		20-Código CBO S		801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / DNPJ / CPF 14533385788		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA		27-Número no CRO 41376		28-UF RJ		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	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 Classe 42-Assinatura
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	61,00	0,00	0,00		29/11/12	[Assinatura]
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00	0,00		29/11/12	[Assinatura]
3-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	D	1	61,00	0,00	0,00		29/11/12	[Assinatura]
4-0000000000											
5-0000000000											
6-0000000000											
7-0000000000											
8-0000000000											
9-0000000000											
10-0000000000											
11-0000000000											
12-0000000000											
13-0000000000											
14-0000000000											
15-0000000000											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 183,00	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(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 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 / / -
--	--	--	--

Dr. Juliana Costa
Cirurgião-Dentista
CRO: 41376