



308813

1-Código ANS 406414	2-Data de Entrada de Guia (2/7/04) (2/0)	3-Cidade de Atuação  _ / _ / _	4-Status PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Número da Guia Principal 308813	6-Data validade de Guia (2/6/07) (2/0)
7-Endereço da Clínica 003700000029902315		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa NANCY LOPES FRANCI	10-Data Validade da Clínica  _ / _ / _	11-Número do Contrato Nacional de Saúde 707005863726630
12-Nome NANCY LOPES FRANCISCO			13-Data de Nascimento 19/03/1967	14-Nome do titular do plano NANCY LOPES FRANCISCO	
15-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento à 3ª N	17-Nome do Profissional Assistente BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		18-Número do CRO 35861	19-UF RJ	20-Código CBO 3
21-Código de Classificação / CMI / CIP 10654179778		22-Firma do Contratado Excludente BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	23-Número no CRO 35861	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excludente BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS			27-Número no CRO 35861	28-UF RJ	29-Código CBO 3
30-Nome do Tratamento / Procedimento Odontológico					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cidade/Região	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade V3	37-Váliz	38-Participação/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Sessão	42-Assinatura
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	000		N	27/04/09		[Assinatura]
2	0085100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS	21		1	800	000		N	27/04/09		[Assinatura]
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

10.385.694/0001-71  
 Rua Sampaio, nº 42 - 5016-004  
 Vila Sampaio - CEP: 21.380-320  
 RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Prevista Término do Tratamento  _ / _ / _	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citoscopia 4-Urgência/Imagem	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Quilates US 4200	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$  _ _ _ _
--	--	---	------------------------------	---------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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, Assinatura e Registro do Consultado/Contratado [Assinatura]	51-Data, Assinatura e Registro do Contratado Dentista [Assinatura]	52-Data, Assinatura e Registro do Beneficiário / Responsável [Assinatura]	53-Data, Assinatura e Registro da Empresa [Assinatura]
---	---	--	---