

[illegible]2-N^o

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/08		4-Data de Autorização 10/09/09		5-Senhta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7808015		7-Data Validade da Senhta 11/09/11		361375 INTERCÂMBIO															
Dados do Beneficiário																											
8-Número da Carteira 010121025258851000218021				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa CORLIFE ADMINISTRADORA DE				11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome MELISSA BELASQUE MONTEIRO												14-Telefone (11) 11111111				15-Nome do Titular do plano MARCOS JOSE DA SILVA											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES										18-Número no CRO 25066		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 014497525937				22-Nome do Contratado Executante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES								23-Número no CRO 25066		24-UF PR		25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante BRUNA MARIA BADAN RODRIGUES				27-Número no CRO 25066		28-UF PR		29-Código CBO S																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régio		34-Face		35-Old		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franchia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura			
1-010181010101065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		15 D		341010		01010		01010		01010		01010		01010		SI		10/09/2010		SI		10/09/2010			
2-01018510101196		RESTAURAÇÃO RESINA		48 V		1611010		01010		01010		01010		01010		01010		SI		10/09/2010		SI		10/09/2010			
3-01018510101196		RESTAURAÇÃO RESINA		16		17131010		01010		01010		01010		01010		01010		SI		10/09/2010		SI		10/09/2010			
4-010182010101859		EXODONTIA DE RAIZ																									
5-																											
6-																											
7-																											
8-																											
9-																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11				44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US 2291010				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), foforam 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

Cira, Bituna Badian Rodrigues
Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa