



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/4/11 11/2/01 4-Data de Autorização 10/4/11 11/2/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50203618 7-Data Validade da Senha 10/2/10 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000028670909 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COOPATAXI C DE C E T DOS M A T 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004849106376

13-Nome JOAO ESTEPHANIO 05/04/1938 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano JOAO ESTEPHANIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 18-Número no CRO 35649 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 099046727912 22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 23-Número no CRO 35649 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 27-Número no CRO 35649 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 Glose	42-Assinatura
1-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	100	0,00	0,00	0,00	09/11/11	00	45
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	100	0,00	0,00	0,00	09/11/11	00	45
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	100	0,00	0,00	0,00	09/11/11	00	45
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	100	0,00	0,00	0,00	09/11/11	00	45
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 144,00 47-Valor Totál R\$ 0,00 48-Totál 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 09/11/11 00 Dr. Aldyjanne B. Dietrich CRO 35649 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/11 00 Dr. Aldyjanne B. Dietrich CRO 35649 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/11 00 JOAO ESTEPHANIO 53-Data, local e Cambio da Empresa 09/11/11 00 Dr. Aldyjanne B. Dietrich CRO 35649

Dr. Aldyjanne B. Dietrich
Cirurgião Dentista
CRO 35649