



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 7/12/10 4-Data de Autorização 10/12/10 7/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50173998 7-Data Validade da Sentença 13/10/10 9/12/10

333144
 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/03/70 00/00/11 6328259 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MELHOR OPCAO VIAGE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700804438865686

13-Nome MARIA DE LOURDES VIEGAS FONTES 14-Telefone 09/06/1971 15-Nome do titular do plano MARIA DE LOURDES VIEGAS FONTES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Afastamento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA 18-Número no CRO 8132 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145760381768 22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 23-Número no CRO 8132 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 27-Número no CRO 8132 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			08/10/10	71222222	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	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 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 08/10/10 Jau de Loure e Cunha 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/10 Jau de Loure e Cunha 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/10 Jau de Loure e Cunha 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Marlene Moreira Cunha
 ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
 CRO/RJ 8132