



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/08/10 4-Data de Autenticação 10/08/10 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50175258 7-Data Validade da Semha 10/06/11 10/12/10

336246
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037700000014509353 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ROSEGUR VIGILANCI 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706907181238332

13-Nome BRENO FERREIRA FLORIANO 14-Telefone 03/01/2009 15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MATEUS FLORIANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 24440 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operação / CNPJ / CPF 100596288719 22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 24440 24-UF RJ 25-Código CNES (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 24440 28-UF RJ 29-Código CBO S (1) 85100200

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 RS	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00	0,00	09/08/2010	1500		
2-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00	11/09/2010	1500		
3-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OM	1	88,00	0,00	0,00	13/09/2010	1500		
4-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00	0,00	13/09/2010	1500		
5-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00	0,00	0,00	28/09/2010	1500		
6-0	0	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00	0,00	30/09/2010	1500		
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total RS 48-Total Franquia / Co-participação RS

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) 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

adante pediatra

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