



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 9/12/01	4-Data de Autorização 11/06/10 9/12/01	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191844	7-Data Validade da Santa 11/05/11 12/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 0101317000000328223511	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ESPACO SERVICOS ES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898003928356587
--	--------------------------------	----------------------------------	---	--

13-Nome SIMONE NOGUEIRA MARQUES RODRIG	14-Telefone 04/06/1977	15-Nome do titular do plano SIMONE NOGUEIRA MARQUES RODRIG
---	---------------------------	---

16-Afastamento a RN ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON	17-Nome do Profissional Solicitante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON	18-Número no CRO 32105	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 121731857410847	22-Nome do Contratado Execlante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON	23-Número no CRO 32105	24-UF RJ	25-Código CNES 26-Código CBO S
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Depto/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,4,0,0	0,0,0,0					
1-0	0181000030											
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Estima Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3,4,0,0	47-Valor Total R\$ 0,0,0,0	48-Total Franchia / Co-participação R\$
--	---	--	-----------------------------------	-------------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

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, compreendendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declino, 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

Dra Anna Vampre
Cirurgia Maxiofacial
32.105

Simone Nogueira Marques Rodrig
Rodrig