



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 11/2/01 4-Data de Autorização 11/7/11 11/2/01 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50206542 7-Data Validade da Sentia 11/5/10 2/12/11 420304 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010372180001180001 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASBAC 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702002397797985

13-Nome EDIMILSON CARVALHO DA SILVA 15/03/1974 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do Titular do Plano EDIMILSON CARVALHO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES 18-Número no CRO 19918 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1011812890970101 22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 27-Número no CRO 19918 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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 4 0 0 0 2 5										
		AJUSTE OCLUSAL DESGASTE			1	5 9 10 0	0,00			11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/7/11	1	1-Total 2-Parcial	5 9 10 0	10,00								

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 no 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa