



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 10:20	4-Data de Autorização 12/08/11 10:20	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202306	7-Data Validade da Santa 12/06/10 11:21
---------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 10037000023611130	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTRO ESPÍRITA MARIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706205587419667
---	--------------------------------	-------------------------------------	--	--

13-Nome EDILAINÉ SIMAS RANGEL COELHO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano EDILAINÉ SIMAS RANGEL COELHO	
16-Endereço e RN DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA		17-Número no CRO 31802		18-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 824316274720		22-Nome do Contratado Exatante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA		23-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Exatante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA		27-Número no CRO 31802		28-UF RJ	
		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0810000651	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				15/08/11 01:20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Emissão do Tratamento 12/08/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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-Dado, local e Assinatura do Operador-Dentista Espiritista 12/08/11 10:20	51-Dado, local e Assinatura do Operador-Dentista Espiritista 12/08/11 10:20	52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/11 10:20	53-Dado, local e Contato da Empresa 12/08/11 10:20
--	--	---	---

CRP RJ 31802