



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/06/11 01/12/10

4-Data de Autorização
11/06/11 01/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50199613

7-Data Validade da Senha
11/04/10 11/12/11

397599
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
01013799940621049558

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
IGREJA INTERNACION

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704005876126966

13-Nome
SUZANA SOARES BARROSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

19/06/1980

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JULIANO RAMOS BARROSO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RODRIGO SUNAO AMBROSIO

18-Número no CRO
96982

19-UF
SP

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
3513047008211

22-Nome do Contratado Executante
RODRIGO SUNAO AMBROSIO

23-Número no CRO
96982

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
RODRIGO SUNAO AMBROSIO

27-Número no CRO
96982

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Realização	42-Assinatura
1.	010181101000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/06/11 01/12/10		
2.	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			11/06/11 01/12/10		
3.	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			11/06/11 01/12/10		
4.	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			11/06/11 01/12/10		
5.	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			11/06/11 01/12/10		
6.	0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00			11/06/11 01/12/10		
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista Término do Tratamento
11/06/11 01/12/10

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
1178,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
11,00

Decisão 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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/06/11 01/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/06/11 01/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/06/11 01/12/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11 11/11/11