



1-Registro ANS 406414 3-Dia da Emissão da Guia 12/5/10 9/12/0 4-Dia de Autorização 12/5/10 9/12/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50194517 7-Dia Validade da Senha 12/11/12 12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010137919940645137117 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa EMPRESAS BRASILEIRA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708508365970878

13-Nome LIDIANE DE SOUSA VIANA 10/08/1990 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano LIDIANE DE SOUSA VIANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 127385740847 22-Nome do Contratado Executante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON 23-Número no CRO 32105 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANNA CAROLINA VAMPRE CALDERON 27-Número no CRO 32105 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia da Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8100030			1	34,00		0,00				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 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 Quantidades US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra Anna Vampre
Guia Maxiofacial

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

Dra Anna Vampre
Cirurgia Maxiofacial
32.105