



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/14/10 18/12/10 4-Data de Autorização 10/14/10 18/12/10 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50181376 7-Data Validada da Semana 10/12/11 11/12/10

Dados do Beneficiário

8-Idade da Criança 10/03/17 01/01/01 03/08/18 12/12/11 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa 01 ADMINISTRACAO 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional do Saúde 703407503699200

13-Nome MARCELA FERREIRA DOS SANTOS 08/06/1999 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARCIA GISELE FERREIRA DOS SAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU LINE UP 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 28898 19-UF RJ 20-Código CBO 5 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/9/7/8/1/4/5/6/7/4/4 22-Nome do Contratado Exequente ALEX TORTURELLA VIDA 23-Número no CRO 26898 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421- 26-Nome do Profissional Exequente ALEX TORTURELLA VIDA 27-Número no CRO 26898 28-UF RJ 29-Código CBO 5 (1) 81000421- (1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frangula/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glor	42- Assinatura
1- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15- 0	0	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia Co-participação R\$

49-Observação

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(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.

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 Assinatura da Empresa

Dr. Alex Torturella Vidal
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-RJ 26898