



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 4-Data de Autorização 11/01/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50204511 7-Data Validade na Sanha 10/05/10 8-Data Validade em Sanha 10/05/10 9-Data Validade em Sanha 10/05/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037999406115195118 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa VARGAS DESENTUPIDO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70810154852835

13-Nome GLAUCIA LOPES TRINDADE 20/04/1978 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano GLAUCIA LOPES TRINDADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 011812890971001 22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-012 (I) 85300039-013

26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 27-Número no CRO 19918 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 85300039-013

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-Franquicia-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
3-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
4-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
5-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
6-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
7-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
8-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
9-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
10-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
11-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
12-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
13-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
14-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
15-010	85300039	RASPAGEM SUB-		1		44,00	0,00					
43-Data Prevista 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\$							
11/11/11	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	210,00	0,00	0,00							

Declaro, que após ter sido devidamente assestado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que (co) procedimento(s) assestado(s) acima, e por mim assestado(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