



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 9/12/10	4-Data de Autorização 10/13/10 9/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188883	7-Data Validada da Série 10/11/12/12/10
8-Número de Contato 00370000009985045			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GUANDU VEICULOS LT	11-Data Validada da Carteira 11/11/11
12-Nome UBERALDO BEZERRA DE FRANCA			13-Data de Validade do Plano 26/05/1957	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano UBERALDO BEZERRA DE FRANCA
16-Atendimento e RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número no CRO 31802	19-UF RJ
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 182436274720			21-Nome do Contratado Escutante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	22-Número no CRO 31802	23-Código CNES RJ
24-Nome do Profissional Escutante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA			25-Número no CRO 31802	26-UF RJ	27-Código CBO S

368835
INTERCÂMBIO

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Guiao	42-Assinatura
1-0	0	85300047				36,00	0,00	118,00	100,00	10/12/10		
2-0	0	85300047				36,00	0,00	118,00	100,00	10/12/10		
3-0	0	85300047				36,00	0,00	118,00	100,00	10/12/10		
4-0	0	85300047				36,00	0,00	118,00	100,00	10/12/10		
5-0	0	85100019				6,00	0,00	118,00	100,00	10/12/10		
6-0	0	85100019				6,00	0,00	118,00	100,00	10/12/10		
7-0	0	85100019				6,00	0,00	118,00	100,00	10/12/10		
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		266,00	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 referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

48-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 18/10/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/11	53-Data local e Assinatura da Empresa 18/10/11
--	---	--	---