



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/08	4-Data de Autorização 13/11/08	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50187921	7-Data Validade da Senha 12/9/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	-------------------------------------

8-Atividade da Carteira 0003700000219696456	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LAIZA DA SILVA MAS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706907198885131
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome LIZ DA SILVA MASCARENHAS	14-Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano LAIZA DA SILVA MASCARENHAS
-------------------------------------	--	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	18-Número no CRO 31802	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18214362274720	22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	23-Número no CRO 31802	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	27-Número no CRO 31802	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	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 Class	42-Atividade
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,6	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

43-Data Perícia Tempo do Tratamento 12/11/08	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condicionia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3,27,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operação
Odentolife S. B. BAPTISTA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/08, 12/11/08, 12/11/08