



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/11 4-Data de Autorização 11/09/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50200042 7-Data Validade da Sentença 11/07/10 8-Data Validade da Guia 11/12/11

2-Número da Carteira 10037999406600711911 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa 3R COMERCIO DE RAC 11-Data Validade da Carteira 11/07/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700004908068504

13-Nome GUSTAVO RAMOS RIBEIRO ESTEPHAN 14-Teléfono () -1-11-17082005 15-Nome do Titular do plano CARLOS RENATO LIMA ESTEPHANIO 16-Atendimento a RN ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 17-Nome do Profissional Solicitante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 18-Número no CRO 35649 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 109900467279121 22-Nome do Contratado Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 23-Número no CRO 35649 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO 27-Número no CRO 35649 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-1-Telexia	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 da Grosse	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00					
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00					
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00					
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00					
6-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00					
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista 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 Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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, 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/10 Dra. Aldyjanne B. Dietrich 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 Dra. Aldyjanne B. Dietrich 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/11/10 Carlos Renato Lima Estephanio 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/10 INTERCÂMBIO