

2-N^o

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
50182275

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
| 0 | 7 | / | 0 | 8 | / | 2 | 0 |

3-Data de Emissão da Guia
10/7/08/20

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário		13- Nome	
10-0-3-7-9-9-9-4-0-6-5-0-9-0-5-9-1- 12-Número de Cartão Nacional de Saúde 705402485930491		SIMONE MOLINA RODRIGUES	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		14- Telefone () - - - - -	
10- Empresa RAFAELA RODRIGUES		15- Nome do titular do plano RAFAELA RODRIGUES DA CONCEICAO	
11- Data Validade da Carteira / / - - - - -		20/10/1976	
12- Número do Cartão Nacional de Saúde 705402485930491			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
17-Nome do Profissional Solicitante		16-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		801 -	
JULIANA COSTA DA SILVA		41376		RJ				Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES			
11453318578		41376		RJ					
22-Nome do Contratado Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S			
JULIANA COSTA DA SILVA		41376		RJ					
26-Nome do Profissional Executante									
JULIANA COSTA DA SILVA									

[illegible]

43-Data Previsão 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 1 1 7 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	48-Total Franque / 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 meu orçamento. 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.

48-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/12/2012 C. L. Lima C. de S.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/12/2012 C. L. Lima C. de S.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 13/12/2012 J. J. J. J.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/12/2012	Dr. Juliana Costa Cirurgiã Dentista
---------------	---	---	---	---	--

Dna. Juliana Coste:
Cirurgiă-Dentistă
CBQ: 41376