



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/11/08 4-Data de Autorização 11/08/09 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7833928 7-Data Validade da Senha 12/09/11 8-Data Validade da Senha 11/12/10

366715 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012102151311074770101011011

13-Nome STEPHANY GARCIA CARNEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Academismo a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 824362747210 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Método de Carga	42-Assinatura
1-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,61,010	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,61,010	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,61,010	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,61,010	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00	10,10,00
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/11/09 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Descrição

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09 61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09 62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/09 63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/09