

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 04/10/2012 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Símbolo PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 320395 7-Data Validação da Guia 02/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000379994062800091

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Endereço 01 ADMINISTRACAO

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706906164673238

13-Nome HUDSON NASCIMENTO DE SOUSA

26/03/1982

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano TATHIANA LOPES DE AZEVEDO BRAG

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ancoramento a FV N 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLD VIEIRA PINHEIRO

18-Número no CRO 30438

19-UF RJ

20-Código CBO S

801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLD VIEIRA PINHEIRO

23-Número no CRO 30438

24-UF RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLD VIEIRA PINHEIRO

27-Número no CRO 30438

28-UF RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Donec/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláus 42-Assinatura
1-010	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			04/06/2012	
2-010	8520034	TRATAMENTO EM			1	8,00	0,00			04/06/2012	
3-1											
4-1											
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 11/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial Rio de Janeiro RJ 1402190

47-Vale Total R\$ 0,00

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 no 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-Observação

50-Dati, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/2012 51-Dati, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2012 52-Dati, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 04/10/2012 53-Dati, local e Carimbo da Empresa 04/10/2012