



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 13/01/10/2010
 4-Data de Autorização 13/01/10/2010
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 50202962
 7-Data Validade da Senha 12/8/10/11/21
 8-Data Validade da Guia 13/01/10/2010
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa ASBAC
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703206625365995
 13-Nome EDSON FERREIRA AMOR DIVINO
 14-Telefone
 15-Nome do titular do Plano EDSON FERREIRA AMOR DIVINO
 16-Endereço
 17-Cidade
 18-UF
 19-Cep

16-Atendimento a RN
 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011812890970011
 22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES
 23-Número no CRO 19918
 24-UF RJ
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES
 27-Número no CRO 19918
 28-UF RJ
 29-Código CBO S
 30-Tabela 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 Glosa 42-Assinatura

30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1-010	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	14	1	1	1,0	10,00	0,00		10/01/10		[Assinatura]
2-100	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	15	1	1	1,0	10,00	0,00		10/01/10		[Assinatura]
3-100	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	16	1	1	1,0	10,00	0,00		10/01/10		[Assinatura]
4-100	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	17	1	1	1,0	10,00	0,00		10/01/10		[Assinatura]
5-100	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	24	1	1	1,0	10,00	0,00		10/01/10		[Assinatura]
6-100	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	25	1	1	1,0	10,00	0,00		10/01/10		[Assinatura]
7-100	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	26	1	1	1,0	10,00	0,00		10/01/10		[Assinatura]
8-100	8.5.3.0.0.0.1.2	DESENSIBILIDADE DENTARIA	27	1	1	1,0	10,00	0,00		10/01/10		[Assinatura]
9-111												
10-111												
11-111												
12-111												
13-111												
14-111												
15-111												

43-Data Previsto Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento
 45-Tipo de Faturamento
 46-Total Quantidade US 810,10
 47-Valor Total R\$ 10,10
 48-Total Franquia / Co-participação R\$
 49-Observação
 Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

PARENT UNIVISION NO TEMPO 51
 PAO DEVENTE 1, MEN ANIMA NO TEMPO 52

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Carimbo da Empresa