

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/03 12/0 4-Data de Autorização 11/11/03 12/0 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 299616 7-Data Validade da Sentença 10/09/05 12/0

INTERCAMBIO 299616

8-Número da Carteira 1003770000018034503 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CENTRO ESPIRITA MARIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/03 12/0 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004613272078

13-Nome MARIA LEONIDIA PINTO DE MENEZE 14-Teléfono 22/06/1957 15-Nome do titular do plano MARIA LEONIDIA PINTO DE MENEZE

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18-Número no CRO 30438 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109224371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85200085-35

26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 27-Número no CRO 30438 28-UF RJ 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cmd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-0	0	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE									
2-0	0	8520085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	35	1	34,00	0,00			11/11/03 12/0		
3-						5,00	0,00			11/11/03 12/0		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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) 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.

FRANCISCO DE ASSIS

Assinatura

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 Contributo da Empresa