

3-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2016	4-Data de Autorização 13/06/2016	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157528	7-Data Validação da Série 11/09/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---

8-Nome do Beneficiário WILLIAM FERREIRA LEAL JUNIOR	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Data de Validade da Carteira 19/01/1974	11-Data Validação da Carteira 11/09/2016	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700204954463923
--	--------------------------------	---	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Admissão a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0912124371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
26-Nome do Profissional Excitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 30438
28-UF RJ	29-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85200085-27

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1	010	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			34	10,00			13/06/2016		
2	010	85200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	27		15	10,00			13/06/2016		
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 11/03/2016	44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortopedia 4 - Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 - Total 2 - Parcial	46-Total Quantidade US 184,00	47-Valor Total RS 10,00	48-Total Franquia / Co-participação RS 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação
 Fatura de restauração - Fatura restauração Temporária

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CRO RJ 30438 13/06/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 13/06/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/06/2016
---	--	---	---