



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/17 4-Data de Autorização 12/08/17 5-Status AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50179567 7-Data Validade da Série 12/08/17 8-Número de Cartão Nacional de Saúde 708002810070121

9-Número de Cartão 0003700000325579550 10-Empresa MARIA AUXILIADORA 11-Data Validade da Carteira 12/08/17 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708002810070121

13-Nome CRISTIANO GONCALVES DIAS 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano MARIA AUXILIADORA DOS SANTOS

16-Adesão a RV 17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 18-Número no CRO 31802 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código de Operadora / CUP / CPF 1824362747210 22-Nome do Contratado Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 23-Número no CRO 31802 24-UF RJ 25-Código CNES 1185100200

26-Nome do Profissional Executante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA 27-Número no CRO 31802 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de 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 da Gesso	42-Assinatura
1-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	10,00	10,00	10,00	10/08/17	49	
2-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	10,00	10,00	10,00	10/08/17	49	
3-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	10,00	10,00	10,00	10/08/17	49	
4-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	10,00	10,00	10,00	10/08/17	49	
5-0	0	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OP	1	88,00	10,00	10,00	10,00	10/08/17	49	
6-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	O	1	61,00	10,00	10,00	10,00	10/08/17	49	
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/08/20 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Valor Total US 293,00 47-Valor 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é (s) por mim assinado(s), (co)assinado(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-Data, local e Assinatura do Cliente/Outorgante 10/08/17 51-Data, local e Assinatura do Cliente/Outorgante 10/08/17 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/17 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/08/20