



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 10/3/11 11/20
 4-Data de Autorização 11/01/11 11/20
 5-Sentença AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 8015929
 7-Data Validade da Sentença 10/11/02 11/21

8-Número da Carteira 002020252625432000033011
 9-Pilano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa ACVTECLINE ENGENHARIA LTDA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome HENRIQUE PINHEIRO BALTHAZAR
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano HENRIQUE PINHEIRO BALTHAZAR

16-Atendimento a RN N
 17-Nome do Profissional Solicitante CIROD
 18-Número no CRO 21193
 19-UF RJ
 20-Código CBO S 09
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011562861735
 22-Nome de Contratado/Execuante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO
 23-Número no CRO 21193
 24-UF RJ
 25-Código CNES (1)81000405
 26-Nome do Profissional Execuante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO
 27-Número no CRO 21193
 28-UF RJ
 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Número da Guia	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	10/11/2011	409780	BA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento 4- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Pagamento 1- Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 78,00
 47-Valor Total R\$ 335,10
 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, conforme acima apresentado, 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/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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 Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Endereço da Empresa



São Gonçalo, 21 / 10 / 20

PACIENTE: *Henrique Pinheiro Balthazar*

Solicito radiografia panorâmica, para avaliação de terceiro molares.


Dra. Taluya Góes
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 48060

www.021dental.com.br
Endereço Avenida Presidente Kennedy, 735 Sala 901 São Gonçalo
Telefone: 2263-8960

30975r