



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/17/11 3-Data de Autorização 10/17/11 4-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 60204518 7-Data Validade da Sentença 10/15/10 8-Data Validade da Sentença 10/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994061519518 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa VARGAS DESENTUPIDO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70810154852835

13-Nome GLAUCIA LOPES TRINDADE 14-Teléfono () 15-Nome do Titular do Plano GLAUCIA LOPES TRINDADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES 18-Número no CRO 19918 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101828909700 22-Nome do Contratado Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES 26-UF RJ 27-Número no CRO 19918 28-UF RJ 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do 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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	853000012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	14	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	11/20		
2-00	853000012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	15	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	11/20		
3-00	853000012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	16	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	11/20		
4-00	853000012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	17	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	11/20		
5-00	853000012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	24	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	11/20		
6-00	853000012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	25	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	11/20		
7-00	853000012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	26	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	11/20		
8-00	853000012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA	27	1	1	1,00	0,00	0,00	0,00	11/20		
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Dados Previstos Termino do Tratamento												
			44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
			1-Tratamento Odontológico		1-Total		8,00		0,00		0,00	
			2-Exame Radiológico									
			3-Ortodontia									
			4-Urgência/Emergência									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contraído. Declaro, ainda que (x) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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

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