



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7615380	7-Data Validade da Senha 02/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510272200074601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome EDSON RODRIGUES LIMA JUNIOR	14-Telefone 19/09/1981	15-Nome do titular do plano EDSON RODRIGUES LIMA JUNIOR
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MAQUINE PASCARELI	18-Número no CRO 4530	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00356324290	22-Nome do Contratado Executante ALINE MAQUINE PASCARELI	23-Número no CRO 4530	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALINE MAQUINE PASCARELI	27-Número no CRO 4530	28-UF AM	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

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 Glose	42-Assin
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			22/06/20		Don
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			22/06/20		Don
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			22/06/20		Don
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			22/06/20		Don
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 23/06/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação F
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 por 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 meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, 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 23/06/20 Dr. Aline Pascareli Esp. em Odontopediatria CRO AM 4530	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/20 Dr. Aline Pascareli Esp. em Odontopediatria CRO AM 4530	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20 Don	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--