



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/06 4-Data de Autorização 11/01/06 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8683250 7-Data Validação da Senha 10/08/09 12-1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202523509400001402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome AMANDA LOPES DE ALMEIDA DE CARVALHO 14-Teléfono 01/05/2003 15-Nome do titular do plano ALINE LOPES DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Societário ORTHO OMEGA 18-Número no CRO 37469 19-UF RJ 20-Código CBO S 06 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1100008980756 22-Nome do Contratado Executante LEYDE MONICA SILVA ALVES DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 37469 24-UF RJ 25-Código CNES 414 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante LEYDE MONICA SILVA ALVES DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 37469 28-UF RJ 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-Meio da Glipa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|------------------|---------------|
| 1-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 46              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/08/2021            | Almeida          |               |
| 2-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 25              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/08/2021            | Almeida          |               |
| 3-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 31              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/08/2021            | Almeida          |               |
| 4-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 32              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/08/2021            | Almeida          |               |
| 5-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 41              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/08/2021            | Almeida          |               |
| 6-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 42              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/08/2021            | Almeida          |               |
| 7-00      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 8-00      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 9-00      |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 10-00     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 11-00     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 12-00     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 13-00     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 14-00     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 15-00     |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |

43-Data Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 366,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, estou de acordo em apresentar, aceitar e autorizar 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 conhecimento 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 11/08/21 Almeida K. Almeida 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/21 Almeida K. Almeida 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/21 Aline Almeida 53-Data, local e Assinatura do Médico da Empresa 11/08/21 Almeida