



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2021
 4-Data de Autorização 11/10/2021
 5-Sentença AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 8269360
 7-Data Validação da Guia 10/05/2021

8-Plano de Beneficiário
 9-Número da Carteira 1002025316451000001103
 10-Data Validade da Carteira
 11-Data Validade do Contrato
 12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome JAQUELINE FRANCA DOS SANTOS MOURA
 02/01/1983
 14-Telefone (73) 8108-2286
 15-Nome do titular de plano ELIZIANO OLIVEIRA MOURA

16-Adesão de Saúde / Responsável pelo Tratamento
 17-Adesão de Profissional Solicitante
 18-Adesão de Profissional Solicitante
 19-Adesão de Profissional Solicitante
 20-Adesão de Profissional Solicitante

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0812761815738
 22-Adesão de Profissional Solicitante
 23-Número no CRO 8005
 24-Adesão de Profissional Solicitante
 25-Número no CRO 8005
 26-Código CBO S 8005
 27-Adesão de Profissional Solicitante
 28-Número no CRO 8005
 29-Adesão de Profissional Solicitante
 30-Código CBO S 8005

31-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado
 32-Descrição
 33-Data de Realização
 34-Faixa
 35-CID
 36-Quantidade US
 37-Valor
 38-Franquia Coparticipação R\$
 39-Adesão de Profissional Solicitante
 40-Data de Realização
 41-Valor da Guia 42-Assinatura

30-Indice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data de Realização	34-Faixa	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Coparticipação R\$	39-Adesão de Profissional Solicitante	40-Data de Realização	41-Valor da Guia	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,8	10,0	0,0	0,0	11/02/2021	11,02,2021	Jaqueline
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	16,1	10,0	0,0	0,0	11/02/2021	11,02,2021	Jaqueline
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prescrição / Término de Tratamento 11/02/21
 44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Orientação 4- Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 149,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de 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 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-Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista
 51-Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista
 52-Local e Assinatura de Beneficiário / Responsável
 53-Data Validade do Contrato de Empresa