



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/11 10/12/10 4-Data de Autorização 10/5/11 10/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7930513 7-Data Validade da Sentença 10/1/10 11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 8 4 6 2 0 0 0 0 1 0 1 1

9-Nome HERBET MELO QUEIROZ

10-Endereço POS REDE PRESTADORA

12/07/1980

11-Data validade da Carteira

12-Nome do titular do plano HERBET MELO QUEIROZ

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563

19-UF AP

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 19 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3

22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO 563

24-UF AP

25-Código CNES

26-UF AP

27-Código CBO S

28-Valor 025 - Faturar Empresa

29-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

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-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
5	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
6	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6 1 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
7	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6 1 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
8	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6 1 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
9	0 0 8 2 0 0 0 1 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7 3 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
10	0 0 8 2 0 0 0 1 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7 3 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
11	0 0 8 2 0 0 0 1 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7 3 10 0	10 10 0		S	10/5/11	10/12/10	Herbert
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Fratura / 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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa