



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12 5 / 0 6 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7661925		7-Data Validade da Senha 2 3 / 0 9 / 2 0	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 3 5 7 0 0 2 3 9 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VIP CLUB ADM E TERCEIRIZACAO		11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	
13-Nome ANDRYO SMITH BRAZAO DA COSTA		17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		13-Data 31/01/1992		14-Telefone (_) _ _ _ - _ _		15-Nome do titular do plano ANDRYO SMITH BRAZAO DA COSTA	
16-Alendimento a RN N		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3 _ _		18-Número no CRO 563		19-UF AP		20-Código CEO S	
26-Nome do Profissional Excusante ALESSANDRA BRITO LOBATO		22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		23-Número no CRO 563		24-UF AP		25-Código CNES	
				27-Número no CRO 563		28-UF AP		29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1- 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		45 V 1		6 1 0 0		37-Valor	
2- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
3- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
4- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
5- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
6- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
7- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
8- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
9- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
10- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
11- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
12- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
13- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
14- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
15- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _									
43-Data Previsão Término do Tratamento _ _ / _ _ / _ _		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 _ _ 6 1 0 0		47-Valor Total R\$ _ _ _ _ 0 0 0	
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 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(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.									
49-Observação									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/06/2020									
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/2020									
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/2020									