



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 4-Data de Autorização 11/7/11 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50206530 7-Data Validade da Sentia 11/5/10 12/11

8-Número de Carteira 00372218000118000 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASBAC 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702002397797985

13-Nome EDIMILSON CARVALHO DA SILVA 15/03/1974 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano EDIMILSON CARVALHO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES 18-Número no CRO 19918 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85300039-011 (I) 85300039-012 (I) 85300039-013

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01828909700 22-Nome do Contratado Exatante SHIRLEY COELHO GONCALVES 23-Número no CRO 19918 24-UF RJ 25-Código CNES (I) 85300039-011 (I) 85300039-012 (I) 85300039-013

26-Nome do Profissional Exatante SHIRLEY COELHO GONCALVES 27-Número no CRO 19918 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 85300039-013

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00			S	25/11/20		
2-00	085300039	RASPAGEM SUB-	HASD	1		44,00			S	25/11/20		
3-00	085300039	RASPAGEM SUB-	HASE	1		44,00			S	25/11/20		
4-00	085300039	RASPAGEM SUB-	HAIE	1		44,00			S	25/11/20		
5-00	085300039	RASPAGEM SUB-	HAID	1		44,00			S	25/11/20		
6-00	085300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA		1		10,00			S	25/11/20		
7-00	085300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA		1		10,00			S	25/11/20		
8-00	085300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA		1		10,00			S	25/11/20		
9-00	085300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA		1		10,00			S	25/11/20		
10-00	085300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA		1		10,00			S	25/11/20		
11-00	085300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA		1		10,00			S	25/11/20		
12-00	085300012	DESSENSIBILIDADE DENTARIA		1		10,00			S	25/11/20		
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcel 46-Total Quantidade US 280,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / 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 e contraído. 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa