



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/06/10 4-Data de Autorização 13/10/13 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7459721 7-Data Validade da Semeta 10/14/10 8-Data Validade da Semeta 10/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Data de Nascimento 28/07/09 10-Data de Nascimento 01/01/01 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Data Validade da Carteira

13-Nome

LUCAS PRATES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante IMPLANTARTE 18-Número no CRO 24537 19-UF MG 20-Código CBO S 01 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/00/19/36/76/00/01/01/01 22-Nome do Contratado Executante EDNA TEIXEIRA NASSIF SILVA 23-Número no CRO 24537 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante EDNA TEIXEIRA NASSIF SILVA 27-Número no CRO 24537 28-UF MG 29-Código CBO S

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO

19-UF

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

27-Número no CRO

28-UF

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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	01	161,00	0,00	18,03	20	18/03/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 61,00 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data Local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento / Beneficiário 18/03/20 Edna Teixeira Nassif Silva CRO 24537 51-Data Local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento / Beneficiário 18/03/20 Edna Teixeira Nassif Silva CRO 24537 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/20 Edna Teixeira Nassif Silva CRO 24537 53-Data Local e Assinatura da Empresa 18/03/20 Edna Teixeira Nassif Silva CRO 24537