



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10910610		7-Data Validade da Sentença 11/08/2015		1344638 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 10020202530429800001704				10-Empresa INST DE APOIO TEC SOCIAL AOS				11-Data Validade da Carteira / /			
13-Nome MARIA RAIMUNDA NUNES DA COSTA GUIMARAES				14-Tipo de Plano POS REDE PRESTADORA				15-Data Validade da Carteira / /			
16-Atendimento a RN N				17-Atendimento a RN ODONTO NEWS MACAPA				18-Data Validade da Carteira / /			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 98980360000162				22-Nome do Contratado Executante KE F FAVACHO				23-Código CBO S 06			
25-Nome do Profissional Executante KELSON EMANUEL FARIAS FAVACHO				26-Data Validade da Carteira / /				27-Código CBO S 9999999			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	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
1-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	05/05/23	
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	05/05/23	
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	05/05/23	
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0	05/05/23	
5-000181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00	0,00	0	05/05/23	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Provisão Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial		178,00		0,00		0,00			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme o contrato, declaro, ainda que o(s) procedimento(s) solicitado(s), foram realizados 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, 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											