



1-Registro ANS 4066414 3-Dia de Emissão do Guia 11/01/01 4-Dia de Autorização 11/01/01 5-Semana AUTORIZADO 7736177 6-Número da Guia Principal 7736177 7-Dia Validade da Guia 10/01/11 8-Número da Cadeira 002020250883500021184011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço MADERO COMERCIO DE 11-Dia Validade da Cadeira 11/01/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 353884 INTERCÂMBIO

8-Nome JUAN SANTOS LOPES 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço MADERO COMERCIO DE 11-Dia Validade da Cadeira 11/01/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 353884 INTERCÂMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN MARCELLA MARTINS DI NORONHA 17-Nome do Profissional Solicitante MARCELLA MARTINS DI NORONHA

21-Código na Operadora CNPJ/CPF

18-Nome do Contratado Excluído MARCELLA MARTINS DI NORONHA 22-Nome do Contratado Excluído MARCELLA MARTINS DI NORONHA

26-Nome do Profissional Excluído

MARCELLA MARTINS DI NORONHA

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	181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	10,00		17/09/20			
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00		17/09/20			
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00		17/09/20			
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00		17/09/20			
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00		17/09/20			
6-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,60	0,00		17/09/20			
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Fim do Tratamento 17/09/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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), tiveram 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 17/09/20 Marcelle

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/20 Marcelle

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/09/20 Jua Lopes

53-Data, local e Assinatura da Empresa 17/09/20

54-Data, local e Assinatura da Empresa 17/09/20

Dr. Marcelle M. Di Noronha
Cirurgiã Dentista
CRP-DF 13407