



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 3-1-1-0-8-1-2-0 4-Data de Autorização 0-1-1-0-9-1-2-0 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50188178 7-Data Validade da Semna 12-9-1-1-1-1-2-0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0-0-3-7-9-9-4-0-6-4-5-6-8-2-1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004643763053

13-Nome CARLOS DANIEL VAZ DA SILVA OLI 18/05/2005 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano RAILANE FERNANDES VAZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA CLEAR DENT LTDA 18-Número no CRO 18285 19-UF RJ 20-Código CBO S 06 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10-0-7-0-6-9-9-5-7-7-5 22-Nome do Contratado Excitante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO 23-Número no CRO 18285 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excitante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO 27-Número no CRO 18285 28-UF RJ 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- 0-0-0-1-8-1-1-0-0-0-0-3-0-1		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3-4-1-0-0-0						01/05/2020
2- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3-6-1-0-0-0						01/05/2020
3- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3-6-1-0-0-0						01/05/2020
4- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3-6-1-0-0-0						01/05/2020
5- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3-6-1-0-0-0						01/05/2020
6- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												
7- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												
8- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												
9- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												
10- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												
11- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												
12- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												
13- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												
14- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												
15- 0-0-0-1-8-5-3-0-0-0-0-4-7-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otiorrinia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1-7-8-1-0-0 47-Valor Total R\$ 10-1-0-0 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/foram 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.

Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Excitante 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA CLEAR DENT LTDA - CNPJ 13.0001-02
Rua ... 13-085
Cirurgia Dentária
a xendons