



Nº do Protocolo: 41895120190621416241

1 - Registro ANS 41895-1	3 - Numero da Guia Principal	4 - Data Autorização 21/06/2019	5 - Senha 4011342	6 - Data Validade Senha 19/10/2019	7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 2901101
-----------------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 559991001844533	9 - Plano ESMERALDA	10 - Empresa VIA VAREJO S.A.	11 - Validade da Carteira 14/03/2012	12 - Cartão Nacional de Saúde
13 - Nome ANDRE LUIZ DA SILVA		14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano Rubia Alves Silva	16 - Atendimento a RN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17 - Nome do Profissional Solicitante			18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
21 - Código da Operadora 40887	22 - Nome do Contratado Executante ALICE DA LACERDA MARQUES		23 - Número no CRO 18211	24 - UF MG	25 - Código CNES
26 - Nome do Profissional Executante ALICE DA LACERDA MARQUES			27 - Número no CRO 18211	28 - UF MG	29 - Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos executados												
30-Tabela	31-Codigo do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtde.	36-Qtde. US	37-Valor R\$	38-Franquia R\$	39- Aut.	40-Cod. Negativa	41-Data da Realização	42-Assinatura
1	5	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL		1	67	12,06		S			
43 - Data de Término do Tratamento		44 - Tipo de Atendimento 1	45 - Tipo de Faturamento		46 - Total Quantidade US 67		47 - Valor Total (R\$) 12,06		48 - Valor Total Franquia (R\$)			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de trtamento, conforme acima apresentados aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações deo 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.

49 - Observação / Justificativa							
50-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		52-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista		53-Assinatura do Cirurgião-Dentista	
54-Data da Assinatura do Benefeficiário ou Responsável		55-Assinatura do Benefeficiário ou Responsável		56-Data do carinbo da empresa			