

2-N^o

Inscrição ANS 406614		3-Dia de Emissão da Guia 15/10/91/210		4-Dia de Autorização 15/10/91/210		5-Semana AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50191356		7-Dia Validade da Semana 14/112/210	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00371000031680731		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SILVANA D SILVEIRINHA CORREA		11-Dia Validade da Carteira / /		12-Número do Cadastro Nacional de Saúde / /			
13-Nome SILVANA DIONIZIO SILVEIRINHA CORREA		12/03/1968		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SILVANA DIONIZIO SILVEIRINHA CORREA					
Dados do Contratado Respostável pelo Tratamento											
16-Abandonoamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE		18-Número no CRO 35792		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 000799826979		22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE		23-Número no CRO 35792		24-UF RJ		25-Código CNES / /			
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE				27-Número no CRO 35792		28-UF RJ		29-Código CBO S / /			

Formulário 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- Frinquial/Co-participação R\$		39- Anul		40- Data do Realizado		41- Motivo da Glisa 42- Assinatura	
1- 0	0	8	1	0	0	0	0	4	9	CONSULTA ODONTOLÓGICA						1		3	4	0	0			0	0	0		15/09/2024	GU
2- 1	1																												
3- 1	1																												
4- 1	1																												
5- 1	1																												
6- 1	1																												
7- 1	1																												
8- 1	1																												
9- 1	1																												
10- 1	1																												
11- 1	1																												
12- 1	1																												
13- 1	1																												
14- 1	1																												
15- 1	1																												

43- Data Finalizado 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

3400

47- Valor Total R\$

000

48- Total Frinquial / Co-participação R\$

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 acatar com os custos previstos em contrato). Declaro, ainda que o(s) procedimento(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, os valores e honorários do tratamento realizado, compreendendo-se a taxa com os custos conforme previsto em contrato.

43-Observation

Dr. Fernanda Alvarado

[illegible]

444 - KU 35702