

30-Data de Emissão da Guia	31-Data de Autorização	32-Sentença	33-Número da Guia Principal	34-Data Validada da Sentença
11/09/2021	15/09/2021	AUTORIZADO	10353936	13/11/2021
35-Beneficiário	36-Plano	37-Empresa	38-Data Validada da Carteira	39-Número do Cartão Nacional de Saúde
30-Data de Carteira	POS REDE PRESTADORA	PONTOMAS TECNOLOGIA LTDA	11/11/21	
01201252156135800002750021				
40-Identificação	41-Telefone	42-Nome do titular do plano		
VERIA DA SILVA PAIXAO	27/03/1961	NATHALIA PAIXAO VIEIRA		

3o Contratado Responsável pelo Tratamento											
Aditamento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante				18-Número no CRO		19-Uf		20-Código CBO S	
		ELIANE BISPO DE ALENCAR				16512		RJ			
Cargo na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante				23-Número no CRO		24-Uf		25-Código CNES	
126120181337187111		ELIANE BISPO DE ALENCAR				16512		RJ			
26-Nome do Profissional Executante						27-Número no CRO		28-Uf		29-Código CBO S	
ELIANE BISPO DE ALENCAR						16512		RJ			

e Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Cid		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura		
10	8	1	0	0	0	1	6	5					3	4	0	0										
CONSULTA ODONTOLÓGICA																										
10	8	5	1	0	0	1	9	6					6	1	0	0										
RESTAURAÇÃO RESINA																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10	8	5	3	0	0	0	4	7					3	6	0	0										
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																										
10																										

o, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

assinado

Assinatura	Assinatura	Assinatura	Assinatura
2- Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _____ _____/____/____/____	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _____/____/____/____ _____ _____/____/____/____	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável _____/____/____/____ _____ _____/____/____/____	53- Data, local e Carimbo da Empresa _____/____/____/____ _____ _____/____/____/____