



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/1/10/12/01

4-Data de Autorização
12/1/10/12/01

5-Serinha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50200577

7-Data Validade da Serinha
19/01/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00370000000031967127

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
MARILENA MARTINS R

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704808564674041

HENRIQUE VENANCIO PINHEIRO

13-Nome

19/04/1991

14-Telefone
() - / -

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
BERNARDO CAMPOS MACHADO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
111629026719

22-Nome do Contratado Executante
BERNARDO CAMPOS MACHADO

26-Nome do Profissional Executante
BERNARDO CAMPOS MACHADO

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
1-01018110000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	17,00				27/10/20		
2-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	38,00				27/10/20		
3-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	38,00				27/10/20		
4-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	38,00				27/10/20		
5-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	38,00				27/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término 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
19,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

400939

INTERCÂMBIO

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.

50-Data, 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