



Nº do Protocolo: 41895120190626421384

1 - Registro ANS 41895-1	3 - Número da Guia Principal	4 - Data Autorização 26/06/2019	5 - Senha 4017268	6 - Data Validade Senha 24/10/2019	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2907047
-----------------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

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	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-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd. US	36-Qtd. US	37-Valor R\$	38-Franquia R\$	39- Aut.	40-Cod. Negativa	41-Data da Realização	42-Assinatura
1	5	85100196 RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	44	O	1	128	23,04		S			
2	5	85100196 RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	37	O	1	128	23,04		S			
3	5	85100200 RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	38	OV	1	157	28,26		S			
4	5	85100218 RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	12	MVL	1	177	31,86		S			
5	5	85100218 RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	11	DVL	1	177	31,86		S			

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)
	1		767	138,06	

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, é 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 Beneficiário ou Responsável	55-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56-Data do carimbo da empresa
--	--	-------------------------------