



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/09/12/01	4-Data de Autorização 12/11/09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50193235	7-Data Validade da Guia 12/11/12/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 003700000180345111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CENTRO ESPIRITA MARIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700407988297547
--	--------------------------------	-------------------------------------	--	--

13-Nome FLAVIO JOSE SERPA P?NTO MACHAD	14-Telefone 27/12/1957	15-Nome do titular do plano MARIA LEONIDIA PINTO DE MENEZE
---	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCCESSO LTDA	18-Número no CRD 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782	22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA	23-Número no CRD 19769	24-UF RJ	25-Código CNES (I) 81000405 (II) 81000375-RPD	Enviar - RX (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RPE
--	---	---------------------------	-------------	--	---

26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA	27-Número no CRD 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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	001810000294	LEVANTAMENTO			1	22200	0,00		S	30/10/20		
2	001810000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7800	0,00		S	30/10/20		
3	001810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	1400	0,00		S	30/10/20		
4	001810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	1400	0,00		S	30/10/20		
5	001810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	1400	0,00		S	30/10/20		
6	001810000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	1400	0,00		S	30/10/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 35600	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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(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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 Lilian Freiha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---