



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011	4-Data de Autorização 11/08/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8202880	7-Data Validade da Senha 11/08/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215029160000247011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REFERENCIA LOCADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDA SANTOS ARAUJO	08/02/1988	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FERNANDA SANTOS ARAUJO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 16305	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 106619417523	22-Nome do Contratado Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 16305	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SANDRA CRISOSTOMO DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 16305	28-UF BA	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400	0,00		S	18/02/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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-Parcela	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 33.728,65	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	---------------------------------	---

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 12/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21	53-Data, local e Contorno da Empresa 20/02/21 SSA
---	---	---	--