



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/09 4-Data de Autorização 12/12/09 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50193295 7-Data Validade da Semeta 12/01/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1003770000017662675 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ATACADAO JRJ COMER 11-Data Validade da Carteira 12/01/12 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 706208066449463

13-Nome SIDNEY ALVES

11/06/1981

14-Telefone

15-Nome do titular do plano SIDNEY ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA CLEAR DENT LTDA

18-Número no CRO 18285

19-UF RJ

20-Código CBO S 06

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1007069915775

22-Nome do Contratado Executante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO

23-Número no CRO 18285

24-UF RJ

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO

27-Número no CRO 18285

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 Glor	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/10/20		af
2-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/10/20		af
3-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/10/20		af
4-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/10/20		af
5-00	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/10/20		af
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
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) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa