

2-N₂

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/11 11/2/01	4-Data de Autorização 11/8/11 11/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50206540	7-Data Validada da Senha 11/5/10 2/2/11
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira	10-0372218000186006
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	ASBAC
11-Data Validade da Carteira	11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	7032066253665995

13-Nome	EDSON FERREIRA AMOR DIVINO
Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento	
01/01/1981	
14-Telefone	() -
15-Nome do titular do plano	EDSON FERREIRA AMOR DIVINO

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SHIRLEY COELHO GONCALVES	18-Número no CRO 19918	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Falar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código APCA

[illegible]

23-Código: CBO S	28-Uf RJ	27-Número no CRO 19918	2o-Nome do Profissional Executante SHIRLEY COELHO GONCALVES Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado
------------------	-------------	---------------------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0-0	8 5 4 0 0 0 2 5	AUSTE OCLUSAL DESGASTE				1 5 9 1 0 0	0 0 0 0		Su 2	11/11/20		<i>E. F. Silva</i>

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsto 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\$
11/11/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirúrgica 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	59,00	10,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

✓ *Consistent*

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
	25/11/20 <i>[Assinatura]</i>	25/11/20 <i>[Assinatura]</i>	