



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/09 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190464	7-Data Validade da Senha 09/11/21 12:01
--------------------------	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037000000032103460	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FABIO SANTOS DA COSTA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIO SANTOS DA COSTA	14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira / /	16-Data Validade da Carteira / /	17-Nome do Titular do plano FABIO SANTOS DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	19-UF RJ	20-Código CBO S 8132	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45760381768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CINES	26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132	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
1-0108100000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00	0,00	S	14/09/2021	
2-0108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	14/09/2021	
3-0108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	14/09/2021	
4-0108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	14/09/2021	
5-0108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	14/09/2021	
6-0108153000047											
7-0108153000047											
8-0108153000047											
9-0108153000047											
10-0108153000047											
11-0108153000047											
12-0108153000047											
13-0108153000047											
14-0108153000047											
15-0108153000047											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	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, compreendendo-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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Dr. Marlene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132