



1 - Registro ANS 34.220-3	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha 5335594-FHA	6 - Data de Validade da Senha 05/08/2026	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------------------	------------------------------	-------------------------	--------------------------	---	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
8 - Número da Carteira 011-015020-000126-02-2	9 - Plano 8	10 - Empresa ABSENAC ASSOC BEN SERV DO SERV NAC APR COLABORAD	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome LUIZA BUSATO WESTPHAL		14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano ROSANGELA BUSATO		16 - Atendimento a RN N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
17 - Nome do Profissional Solicitante			18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
21 - Código na Operadora 3714	22 - Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA PERETTI		23 - Número no CRO 12805	24 - UF SC	25 - Código CNES 9514465
26 - Nome do Profissional Executante			27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO 2232-08

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados												
30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtde	36 - Qtde US	37 - Valor R\$	38 - Franquia / Coparticipação(R\$)	39 - Aut	40 - Cod. Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
01	00	81000030	CONSULTA ODONTOLOGICA	ASAI	1	65,00			S		05/02/2026	Assinado Eletronicamente
02	00	84000090	APLICACAO TOPICA DE FLUOR PO	AI	1	75,00			S		05/02/2026	Assinado Eletronicamente
03	00	84000090	APLICACAO TOPICA DE FLUOR PO	AS	1	75,00			S		05/02/2026	Assinado Eletronicamente
04	00	85300039	RASPAGEM SUB GENGIVAL E ALISAME	1	1	125,00			S		05/02/2026	Assinado Eletronicamente
05	00	85300039	RASPAGEM SUB GENGIVAL E ALISAME	2	1	125,00			S		05/02/2026	Assinado Eletronicamente
06	00	85300039	RASPAGEM SUB GENGIVAL E ALISAME	3	1	125,00			S		05/02/2026	Assinado Eletronicamente
07	00	85300039	RASPAGEM SUB GENGIVAL E ALISAME	4	1	125,00			S		05/02/2026	Assinado Eletronicamente
08	00	85300039	RASPAGEM SUB GENGIVAL E ALISAME	5	1	125,00			S		05/02/2026	Assinado Eletronicamente
09	00	85300039	RASPAGEM SUB GENGIVAL E ALISAME	6	1	125,00			S		05/02/2026	Assinado Eletronicamente
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

43 - Data de Término do Tratamento 05/02/2026	44 - Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Odontológico / 2 - Exame Radiológico / 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência / 5 - Auditoria 1	45 - Tipo de Faturamento T - Total / P-Parcial T	46 - Total Quantidade US 965,00	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia/Coparticipação (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(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 / Justificativa

50 - Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista 05/02/2026	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Assinado Eletronicamente (BIOMETRICA)
54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável 05/02/2026	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Assinado Eletronicamente (BIOMETRICA)	56 - Data do carimbo da empresa	