



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/05/20	4-Data de Autorização 17/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7552846	7-Data Validade da Senha 07/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202520811500007101		13-Nome ANA PAULA DA SILVA ANDRADE AMBROSIO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ANA PAULA DA SILVA ANDRADE AMBROSIO			
		28/07/1975							

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 27825		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIO VIEIRA GONCALVES		23-Número no CRO 27825		24-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07156290770		22-Nome do Contratado Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES		27-Número no CRO 27825		28-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante FLAVIO VIEIRA GONCALVES				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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	S		18/06/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	S		18/06/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00	S		18/06/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 no 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 foi aberto um chamado no site para cancelar o elemento 25. O mesmo não foi realizado!		50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 18/06/20 Flávio Vieira Gonçalves Cirurgião Dentista CRO - 27825		51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 18/06/20 Flávio Vieira Gonçalves Cirurgião Dentista CRO - 27825		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/20 Ana Paula da Silva Andrade Ambrosio		53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/06/20 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17	
--	--	--	--	---	--	---	--	---	--