

1 - Registro ANS 406414	3 - Data da Emissão da Guia 11/12/2019	4 - Data da Autorização 2603212	5 - Senha 2603212	6 - Data Validade da Senha	7 - Número Guia Principal
8 - Número da Carteira 002.025205488000012401		9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
13 - Nome Robert da Silva dos Santos		14 - Telefone (21) 3276 3216		15 - Nome do titular do plano	
16 - Nome do Profissional Solicitante				17 - Número no CRO	18 - UF
19 - Código CBOS				20 - Código da Operadora	21 - Nome do Contratado Executante
22 - Número no CRO				23 - UF	24 - Código CBOS
25 - Nome do Profissional Executante				26 - Número no CRO	27 - UF
28 - Código CBOS					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados										32 - Dente / Região	33 - Face(s)	34 - Qtd	35 - Qtd. US	36 - Valor R\$	37 - Franquia/ Co participação	38 - Aut.	39 - Data de Realização	40 - Assinatura	
29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição																	
1	84000057	consulta - urg								11								11/12/2019	[Assinatura]
2	85200085									11									
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

41 - Data Término do Tratamento 11/12/2019	42 - Tipo de Atendimento (00) 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria	43 - Tipo de Faturamento () T-Total () F-Parcial	44 - Total Quantidade US	45 - Valor Total R\$ R\$
---	---	---	--------------------------	-----------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima prestados, 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) descritos 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme em contrato.

47 - Observações

Queda de Restauração 11 / Retirada 11.

48 - Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante 11/12/2019	49 - Data, Local e Assinatura do Contratado Executante 11/12/2019 Dr. Roberta B. Pinheiro Cirurgiã Dentista CRO: 32943	50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/12/2019	51 - Data, Local e Assinatura do Profissional Assistente 11/12/2019
---	---	---	--

25.331.829/0001-06
DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA
RUA DIAS DA CRUZ, 720
MEIOR - CEP 20720-013
RIO DE JANEIRO - RJ