

1 - Registro ANS 408414	3 - Data da Emissão da Guia 23/08/20	4 - Data da Autorização	5 - Senha 362326	6 - Data Validade da Senha	7 - Número Guia Principal
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 00379994064894301	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome Amanda Martins da Silva		14 - Telefone 976057479	15 - Nome do titular do plano		
Dados do Contratante/Responsável pelo Tratamento					
16 - Nome do Profissional Solicitante			17 - Número no CRO	18 - UF	19 - Código CBOS
20 - Código na Operadora 1020 86 88 722			21 - Nome do Contratado/Executante Roberta Borges Pinheiro	22 - Número no CRO	23 - UF
25 - Nome do Profissional Executante Roberta Borges Pinheiro			26 - Número no CRO	27 - UF	28 - Código CBOS
Plano de Tratamento/Procedimentos Solicitados / Procedimento Executados					
29 - Tabela	30 - Código do Procedimento	31 - Descrição	32 - Dente / Região	33 - Face(s)	34 - Qtd.
					35 - Qtd. US
1	810000 51	com. mg.	47		
2	810000 49	mg. exc. 47	47		
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
41 - Data Término do Tratamento 23/08/20		42 - Tipo de Atendimento (00) 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria		43 - Tipo de Faturamento () T-Total P-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) 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, com base neste documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme em contrato.					
47 - Observações 057.602.201.75 14.05.80					
48 - Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante 23/08/20		49 - Data, Local e Assinatura do Contratante/Executante 23/08/20 Dra. Roberta B. Pinheiro Cirurgiã Dentista CRO: 32943		50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 23/08/20 Amanda Martins da Silva	
51 - Data, Local e Assinatura da Empresa S 23/08/20 DENTIMPLANTE ODONTOLÓGICA Rua Dias Cruz, 120 Melo, CEP 20.000-000 Rio de Janeiro, RJ					

25.331.829/0001-06
DENTIMPLANTE ODONTOLÓGICA