

1 - Registro ANS 406414	3 - Data da Emissão da Guia	4 - Data da Autorização 17/04/2020	5 - Senha 341295	6 - Data Validade da Senha	7 - Número Guia Principal
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 0020 8530 8258 00 000102	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Data Validade da Carteira	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome Walmir Soares Vale Junior		14 - Telefone 21 1986 89 8966	15 - Nome do titular do plano		
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento					
16 - Nome do Profissional Solicitante					
20 - Código na Operadora 1020 86 88 422			21 - Nome do Contratado Executante Roberta Bages Pinheiro		
25 - Nome do Profissional Executante Roberta Bages Pinheiro			17 - Número no CRO 32943	18 - UF RJ	19 - Código CBOS
26 - Número no CRO 32943			23 - UF RJ	24 - Código CBOS	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.
1	81000054	com us			
2	85300063	abcesso	26		
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
35 - Qtd. US	36 - Valor R\$	37 - Franquia / Co participação	38 - Aut.	39 - Data de Realização	40 - Assinatura
				17/04/2020	
41 - Data Término do Tratamento 17/04/2020					
42 - Tipo de Atendimento (00) 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria					
43 - Tipo de Faturamento (X) T-Total P-Parcial			44 - Total Quantidade US	45 - Valor Total R\$	46 - Valor Total R\$
				25.331,82	9/0001-00
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 obrigações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descritos 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 com assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme em contrato.					
47 - Observações Tratamento de Abscesso Periodontal agudo + limpeza da área + medicação Abscesso elemento 26					
48 - Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante 17/04/2020		49 - Data, Local e Assinatura do Contratado Executante 17/04/2020		50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 17/04/2020	
51 - Data, Local e Assinatura da Empresa 17/04/2020					

Dra. Roberta B. Pinheiro
Cirurgiã Dentista
CRO - RJ 32943

URGÊNCIA 24 HORAS

MEU - EP 20720-013