



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/25	4-Data de Autorização 10/11/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14592504	7-Data Validade da Senha 07/01/26
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025122848000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HR DE SOUZA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700602926698363
13-Nome HUDNEY RIBAMAR DE SOUZA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HUDNEY RIBAMAR DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante YARA CRISTINA CARDIM CASTELO BRANCO	18-Número no CRO 54777	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26550310000173	22-Nome do Contratado Executante ARTE EM SORRISO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 54777	24-UF SP	25-Código CNES 9999999

26-Nome do Profissional Executante YARA CRISTINA CARDIM CASTELO BRANCO	27-Número no CRO 54777	28-UF SP	29-Código CBO S (I) 85100218
---	---------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento e 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	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	10/11/25		X
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	44,00	0,00		S	10/11/25		X
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	10/11/25		X
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	10/11/25		X
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	13/11/25		X
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	IDM	1	22,00	0,00		S	10/11/25		X
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IDV	1	22,00	0,00		S	25/11/25		X
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/25	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 605,00	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 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-nos a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/11/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--