

1 - Registro ANS 408414		3 - Data da Emissão da Guia 29/07/2020		4 - Data da Autorização 348212		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número Guia Principal		
Dados do Beneficiário												
8 - Número da Carteira 003700001080+899				9 - Plano		10 - Empresa		11 - Data Validade da Carteira		12 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
13 - Nome Ana Valença A. R. Santos				14 - Telefone 99603-9+02		15 - Nome do titular do plano						
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento												
16 - Nome do Profissional Solicitante								17 - Número no CRO		18 - UF		
20 - Código da Operadora 10208688+22								21 - Nome do Contratado Executante Roberta Borges Pinheiro		22 - Número no CRO 32943		
25 - Nome do Profissional Executante Roberta Borges Pinheiro								26 - Número no CRO 32943		27 - UF RJ		
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	36 - Valor R\$	37 - Franquia / Co participação	38 - Aut.	39 - Data de Realização	40 - Assinatura	
1	81000057	100ms Arg	64							29/07/2020		
2	81000089	Exo Decidues	64							29/07/2020		
3	81000057	cons. Urgência	64									
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
41 - Data Término do Tratamento 29/07/2020		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/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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme em contrato.												
47 - Observações												
Hora: 15:45 29/12/2008 29/07/2020 Exo Decidues Roberta B. Pinheiro Cirurgião Dentista CRO: 32943 25.331... DENTIMPLANTE ODONTOLOGIA URGÊNCIA 24 HORAS Rua Dias da Cruz, 720 Meier - CEP 20720-013 Rio de Janeiro - RJ												
48 - Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante				49 - Data, Local e Assinatura do Contratante Executante				50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável				