

|                                                 |                                         |                                     |                       |                                        |                                       |                                         |  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>406414                      | 3 - Data da Emissão da Guia<br>34.07.20 | 4 - Data da Autorização<br>34.07.20 | 5 - Senha<br>50176239 | 6 - Data Validade da Senha<br>12.10.20 | 7 - Número Guia Principal<br>50176239 | 338665                                  |  |
| Dados do Beneficiário                           |                                         |                                     |                       |                                        |                                       |                                         |  |
| 8 - Número da Carteira<br>00370000027666703     |                                         | 9 - Plano                           |                       | 10 - Empresa                           |                                       | 11 - Data Validade da Carteira          |  |
| 13 - Nome<br>Luis Jose de Araujo                |                                         | 14 - Telefone<br>21998226000        |                       | 15 - Nome do titular do plano          |                                       | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |                                         |                                     |                       |                                        |                                       |                                         |  |
| 16 - Nome do Profissional Solicitante           |                                         |                                     |                       |                                        |                                       |                                         |  |

|                                                                |                                                              |                             |               |                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|------------------|
| 20 - Código na Operadora<br>A0208688F32                        | 21 - Nome do Contratado Executante<br>Roberta Bages Pinheiro | 17 - Número no CRO          | 18 - UF       | 19 - Código CBOS |
| 25 - Nome do Profissional Executante<br>Roberta Bages Pinheiro |                                                              | 22 - Número no CRO<br>32963 | 23 - UF<br>RJ | 24 - Código CBOS |
|                                                                |                                                              | 26 - Número no CRO<br>32963 | 27 - UF<br>RJ | 28 - Código CBOS |

**Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimento Executado**

| 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           | 810000SP                    | Com us                    | 46                  |              |           |              |                |                                 |           | 34.07.20                |                 |
| 2           | 82.001030                   | restauração Pericoronária | 46                  |              |           |              |                |                                 |           | 34.07.20                |                 |
| 3           |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 4           |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 5           |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 6           |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 7           |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 8           |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 9           |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 10          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 11          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 12          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 13          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 14          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 15          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 16          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 17          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 18          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 19          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |
| 20          |                             |                           |                     |              |           |              |                |                                 |           |                         |                 |

Dra. Roberta B. Pinheiro  
Cirurgiã-Dentista  
CRC: 32963

|                                             |                                                                                                                                         |                                                   |                          |                                       |                                 |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 41 - Data Término do Tratamento<br>34.07.20 | 42 - Tipo de Atendimento (00)<br>1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência 5 - Auditoria | 43 - Tipo de Faturamento<br>(X) T-Total P-Parcial | 44 - Total Quantidade US | 45 - Valor Total R\$<br>25.331.829,00 | 46 - Valor Total R\$<br>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 todas as obrigações do profissional contratado. 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 nome próprio por minha conta e ordem profissional.

|                                             |                                                                       |                                                                               |                                                                       |                                                                                       |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 47 - Observações<br>23/04/63<br>74585290753 | 48 - Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante<br>34.07.20 | 49 - Data, Local e Assinatura do Contratado Executante<br>34.07.20 CRO: 32963 | 50 - Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>34.07.20 | 51 - Data, Local e Carimbo da Empresa<br>Meier - CEP 20720-013<br>Rio de Janeiro - RJ |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|