

1 - Registro ANS 006246	3 - Número da Guia Principal 24796029	4 - Data de Autorização 21/09/2023	5 - Senha 24796029	6 - Data de validade da Senha 19/03/2024	7 - Número da Guia Atribuído pela operadora
----------------------------	--	---------------------------------------	-----------------------	---	---

---

## Dados do beneficiário

**8 - Número da carteira** 482187901      **9 - Plano** MAIS      **10 - Empresa** ANDREZA MORAIS DA COSTA 01102262404      **11 - Validade da carteira**

57 - Nome Socia

**13 - Nome**  
FLAVIA GALDINO RODRIGUES  
**14 - Telefone**  
84 986356536  
**15 - Nome do titular do plano**  
ANDREZA MORAIS DA COSTA  
**16 - Atendimento a RN**  
N

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

**17 - Nome do profissional solicitante**  
ELYNE RAYANE GURJAO A S PINHEIRO LTDA

**21 - Código na Operadora** 32979      **22 - Nome do Contratado Executante** ELYNE RAYANE GURJAO A S PINHEIRO LTDA      **23 - Número no CRO** 0593      **24 - UF** RN      **25 - Código CNES** 0694584

**26 - Nome do profissional executante**  
ELYNE RAYANE GURJAO A S PINHEIRO LTDA

## **Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados**

43 - Data de Término do Tratamento 44 - Tipo de Atendimento 45 - Tipo de Faturamento 46 - Total Quantidade US 47 - Valor Total (R\$) 48 - Valor Total Franquia (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-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 - Observação / Justificativa

**50- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante**    **51- Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante**    **52- Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista**    **53- Assinatura do Cirurgião-Dentista**

**54- Data da Assinatura do Beneficiário ou Responsável**      **55- Assinatura do Beneficiário ou Responsável**      **56- Data do Carimbo da Empresa**