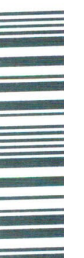




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A

357708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 8/12/01	4-Data de Autorização 11/7/10 8/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50184389	7-Data Validade da Senha 11/5/11 1/12/01
8-Numero da Carteira 1010317101010101301512518418	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IBBCA CRP 25760	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 706407388312390	
13-Nome GRAZIELA CRISTINA FARINA RAMOS	21/02/1980	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GABRIEL RIBEIRO BARNABE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOCLIN					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10131091015114110191					
22-Nome do Contratado Exequante LORENA SOUSA BARROS DE FREITAS					
26-Nome do Profissional Exequante LORENA SOUSA BARROS DE FREITAS					

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 Gênes	42-Assinatura
1-101018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,1010	0,1010	1,80	18	18/06/2020		
2-101018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,1010	0,1010	1,80	18	18/06/2020		
3-101018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,1010	0,1010	1,80	18	18/06/2020		
4-101018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,1010	0,1010	1,80	18	18/06/2020		
5-1010181101010101310		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,1010	0,1010	5,10	10	18/06/2020		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 18/06/2020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,1							

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

50-Data, local e Assinatura do Solicitante 18/06/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/2020	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/06/2020
--	---	---	--