



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 30/11/2020 4-Dados de Autenticação 5-Sineta ABERTO 6-Número da Guia Principal 409365 7-Data Validade da Sineta 28/11/2021

409365  
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00918202000466156432 9-Plano 10-Empresa 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KARINA VITORIA ALMEIDA DUARTE 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano KARINA VITORIA ALMEIDA DUARTE

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA 18-Número no CRO 39384 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 070953011611 22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 39384 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 39384 28-UF MG 29-Código CBO S

| 30-Tabula | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição             | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação RS | 39-Ant | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guisa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 08100057                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA DE | 4               | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     |                                |        | 30/11/2020            |                    | X Karine      |
| 2-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 3-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 4-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 5-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 6-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 7-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 8-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 9-1       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 10-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 11-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 12-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 13-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 14-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 15-1      |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/11/2020 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 34,00 47-Valor Total RS 10,00 48-Total Franquia / Co-participação RS

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: *fez o atendimento na língua. Pedi logo orientações e prescrição de medicamento. sem RX.*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2020 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2020 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2020 53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/2020