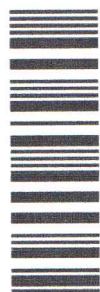


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



407788
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/9/11 01/12/10 4-Data de Autorização 12/9/11 01/12/10 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8007781 7-Data Validade da Semeta 12/7/11 01/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202025105105106012288013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

YASMIN CRISTINE MARIANO BERNARDO 10/12/2010 14-Telefone (11) 51335819523 15-Nome do titular do plano EDUARDO BERNARDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 112913 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10815299966011 22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 112913 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 112913 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00			11/11/20		
2-00	083000089	EXODONTIA SIMPLES DE			1	7,30	0,00			11/11/20		
3-00	083000089	EXODONTIA SIMPLES DE			1	7,30	0,00			11/11/20		
4-00	083000089	EXODONTIA SIMPLES DE			1	7,30	0,00			11/11/20		
5-00	084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00			11/11/20		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento

11/11/20 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parcial 46-Totais Quantidade US 325,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Totais Franquia / Co-participação 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) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Suellem Mezzette de Oliveira 11/11/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Suellem Mezzette de Oliveira 11/11/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Suellem Mezzette de Oliveira 11/11/20 53-Data, local e Assinatura da Empresa Suellem Mezzette de Oliveira 11/11/20

CROSP 112913

CROSP 112913