



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 13/01/2019 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Semana PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 386839 7-Data Validada da Suma 12/9/11 21/2/01 386839 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 01012012531104350100101011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FABIANA JUSTINO SANTOS 11-Data Validada da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIANA JUSTINO SANTOS 14-Telefone (11) 10/04/1981 15-Nome do Titular do plano FABIANA JUSTINO SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Societário KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA 18-Número no CRO 49467 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1441285411729 22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA 23-Número no CRO 49467 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA 27-Número no CRO 49467 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Medico da Guisa	42-Assinatura
1	01018110101030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	01	11/10/20		
2	01018440010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	01	11/10/20		
3	01018440010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	01	11/10/20		
4	01018440010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	01	11/10/20		
5	01018440010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	01	11/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 1174,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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), sofriam 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operação

50-Data local e Assinatura do Contratado: 11/11/2019 ODDONTOMUTUO SERN: ODDONT-LEDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPPAD RJ 34.494 51-Data local e Assinatura do Contratado: 11/11/2019 KARINNE R. ALVES LIMA Cirurgião-Dentista CRO-RJ 49.467 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/11/2019 FABIANA JUSTINO SANTOS 53-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/2019 ODDONTOMUTUO SERN: ODDONT-LEDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPPAD RJ 34.494 54-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/2019 ODDONTOMUTUO SERN: ODDONT-LEDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPPAD RJ 34.494 55-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/2019 ODDONTOMUTUO SERN: ODDONT-LEDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPPAD RJ 34.494 56-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/2019 ODDONTOMUTUO SERN: ODDONT-LEDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPPAD RJ 34.494 57-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/2019 ODDONTOMUTUO SERN: ODDONT-LEDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPPAD RJ 34.494 58-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/2019 ODDONTOMUTUO SERN: ODDONT-LEDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPPAD RJ 34.494 59-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/2019 ODDONTOMUTUO SERN: ODDONT-LEDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPPAD RJ 34.494 60-Data local e Assinatura da Empresa: 11/11/2019 ODDONTOMUTUO SERN: ODDONT-LEDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPPAD RJ 34.494

Insc. Municipal: 05212154-9