



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/2019 4-Data de Autorização 10/12/2019 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7844137 7-Data Validade da Senha 10/12/2019

8-Número da Carteira 101020251105506011511751011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome SOLANGE RODRIGUES DOS SANTOS 12/01/1966 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SOLANGE RODRIGUES DOS SANTOS 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA MARQUES PONTES 18-Número no CRO 74198 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 55100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1291707011588811 22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA MARQUES PONTES 23-Número no CRO 74198 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA MARQUES PONTES 27-Número no CRO 74198 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 0851010218                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 46              | VOM     | 1      | 122,00           | 10,00    | 10,00                           | 10,00  | 10/09/2019            |                    |               |
| 2-00      | 0853010047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | 1       | 1      | 36,00            | 10,00    | 10,00                           | 10,00  | 15/09/2019            |                    |               |
| 3-00      | 0853010047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | 1       | 1      | 36,00            | 10,00    | 10,00                           | 10,00  | 15/09/2019            |                    |               |
| 4-00      | 0853010047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | 1       | 1      | 36,00            | 10,00    | 10,00                           | 10,00  | 15/09/2019            |                    |               |
| 5-00      | 0853010047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | 1       | 1      | 36,00            | 10,00    | 10,00                           | 10,00  | 15/09/2019            |                    |               |
| 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 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 1266,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total 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 no 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/19/2019 Paula Pontes 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/19/2019 Paula Pontes 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/19/2019 53-Data, local e Cerrinho de Empresa 15/10/19/2019

Carimbo e Assinatura