



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 07/10/2022 4-Data de Autorização 07/10/2022 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9648509 7-Data Validade da Sanha 05/10/2022

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251055060741202 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GIRLEIA ANTUNES DIOGO 29/03/1984 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GIRLEIA ANTUNES DIOGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES 18-Número no CRO 138944 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14169743855 22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES 23-Número no CRO 138944 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES 27-Número no CRO 138944 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
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	26	0	1	6 1 1 0 1 0	0,00			14/10/2022		Selvia
2-1	0	8 5 3 0 0 0 4 7 1	HAIE	1	1	3 6 1 0 1 0	0,00			14/10/2022		Selvia
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7 1	HASE	1	1	3 6 1 0 1 0	0,00			14/10/2022		Selvia
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7 1	HASD	1	1	3 6 1 0 1 0	0,00			14/10/2022		Selvia
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7 1	HAD	1	1	3 6 1 0 1 0	0,00			14/10/2022		Selvia
6-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5		1	1	3 4 1 0 1 0	0,00			14/10/2022		Selvia
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dado Provisão Tratamento 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 239,00 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 em 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-Dado Local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 51-Dado Local e Assinatura do Cirurgião Dentista 52-Dado Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dado Local e Contato da Empresa