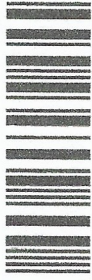


Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

472544
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 01/08/2012	4-Data de Autorização 11/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8279828	7-Data Validade da Senha 01/09/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251051050600903801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional do Saúde / /
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome PATRICIA BARREIROS DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 47941652	15-Nome do titular do plano PATRICIA BARREIROS DE OLIVEIRA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS	18-Número no CRO 84656	19-UF SP	20-Código CBO S 025	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04632748650	22-Nome do Contratado Exequente DJAMARA RIOS SANTOS	23-Número no CRO 84656	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Exequente DJAMARA RIOS SANTOS	27-Número no CRO 84656	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
1-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	24/02/21	
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	24/02/21	
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	24/02/21	
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	24/02/21	
5- /											
6- /											
7- /											
8- /											
9- /											
10- /											
11- /											
12- /											
13- /											
14- /											
15- /											
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo da Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00						

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/02/21 pmare lrs	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21 pmare lrs	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21 Na Patrícia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/02/21 Djamara Rios Santos
---	---	---	---

CROSP: 84656