

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/2022 4-Data de Autorização 10/08/2022 5-Serção AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9776450 7-Data Validade da Serção 07/07/2022 938636 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202510550600326003 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2003 12-Número do Cartão Nacional de Saúde ROSINETE DA SILVA

13-Nome SOPHIA CRISTINY MONGE DA SILVA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ROSINETE DA SILVA 16-Atendimento a RIN 17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES 18-Número no CRO 72296 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Exatante IRAMARA FELIX PIRES 23-Número no CRO 72296 24-UF SP 25-Código CNES 26-Número no CRO 72296 27-UF SP 28-UF SP 29-Código CBO S

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atividade
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			18/04/22		Sophia
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			18/04/22		Sophia
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			18/04/22		Sophia
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			18/04/22		Sophia
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			18/04/22		Sophia
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/08/2022 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 118,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 emitir um novo 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 Beneficiário / Responsável 18/04/2022 Sophia Cristiny 51-Data, local e Assinatura do Profissional 18/04/2022 Dra. Iramara Felix Pires 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/04/2022 53-Data, local e Carimbo da Empresa