



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012 4-Data de Autorização 12/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8149816 7-Data Validade da Senha 16/10/2013 441823 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529174500000601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa VILA REAL RESTAURANTE LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LILIAN GASPAR DA MOTA SILVEIRA 14-Teléfono 18/04/1982 15-Nome do titular do plano LILIAN GASPAR DA MOTA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JOELMA CRISTINA TAVARES 18-Número no CRO 12909 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06137201996 22-Nome do Contratado Executante JOELMA CRISTINA TAVARES 23-Número no CRO 12909 24-UF SC 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 26-Nome do Profissional Executante JOELMA CRISTINA TAVARES 27-Número no CRO 12909 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítabela	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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00	510111a				
2-												
3-												
4-												
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 de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 88,00 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 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 05/10/12 Dr. Henrique de O. Raposo Especialista em Implantodontia e Cirurgia CRO/SP 10175 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/12 Dr. Henrique de O. Raposo Especialista em Implantodontia e Cirurgia CRO/SP 10175 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/12 Dr. Henrique de O. Raposo Especialista em Implantodontia e Cirurgia CRO/SP 10175 53-Data, local e Carimbo da Empresa