



1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 22/11/03 4-Data de Autorização 10/04/04 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 9708036 7-Data Validade da Guia 12/10/16 8-Data Validade da Guia 12/12/12

Dados do Beneficiário

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

13-Nome GILBERTO RODRIGUES PEREIRA

23/06/1952

14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA ANGELA GONZALEZ PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesão 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 Enviar - RX (IF) 85400220-11

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 4116917433855

22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

23-Número no CRO 138944

24-UF SP

25-Código CBO S

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-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença 42-Assinatura
1-00	085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	11	1	1	154	10,00	10,00	11	11/04/2011	[Assinatura]
2-00	085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	11	1	1	472	10,00	10,00	11	11/05/2011	[Assinatura]
3-00	085400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	11	1	1	299	10,00	10,00	11	11/04/2011	[Assinatura]
4-00											
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Dados Pessoais Termina 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 1925,00

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Gabriela S. Cruz Goes

Cirurgiã Dentista

Gabriela S. Cruz Goes

Cirurgiã Dentista

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista SP 138944

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável CRO SP 138944

53-Dado, local e Assinatura da Empresa