



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/05 4-Data de Autorização 13/01/05 5-Será Autorizado AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9995900 7-Data Validade da Guia 12/15/10 8-Data Validade da Guia 12/18/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202510550601741102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade de Carteira 12/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDNA MARIA DE OLIVEIRA 14-Telefone 140/1/1953 15-Nome do titular do plano JOAO CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço 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 41697433855 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

30-1-Item	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
1-00	85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL	AI		1	1698,00	0,00			20/05/02		Edna
2-00	85400408	PRÓTESE TOTAL	AS		1	1578,00	0,00			20/05/02		Edna

CELA ODONTO

RUA: CAQUITO, 57

TEL.: 3473-6555

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/05/02 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 3276,00 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) 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: Enviar na produção fotos com as próteses instaladas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/05/02 Gabriela S. Cruz Goes 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 20/05/02 Gabriela S. Cruz Goes CROSP 138944 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/02 Edna Maria de Oliveira 53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/05/02