



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/8/10 7/12/12 4-Data de Autorização 12/9/10 7/12/12 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10184247 7-Data Validade da Serinha 12/6/11 10/12/12

8-Número da Carteira 000202510550600744601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11 12/6/14 17/3/20 12-Número de Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ANA CLAUDIA FRASSON COSTA 27/05/1968 14-Telefone (11) 268417320 15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA FRASSON COSTA

Dados do Contratado: Responsável pelo Tratamento 16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE 18-Número no CRO 134922 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1449184113000144 22-Nome do Contratado Executante NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA 23-Número no CRO 138944 24-UF SP 25-Código CNES 2879549 26-Nome do Profissional Executante BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE 27-Número no CRO 134922 28-UF SP 29-Código CBO S

30-1-Totalia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-000	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00			25/04/20		Juan
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00			25/04/20		Juan
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00			25/04/20		Juan
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00			25/04/20		Juan
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00			25/04/20		Juan
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Dados Previstos: 1-Tipo de Atendimento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Tipo de Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima representados, 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 este 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 Grupo-Dentista Solicitante 25/04/20 51-Data local e Assinatura do Grupo-Dentista 25/04/20 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/04/20 53-Data local e Carimbo da Empresa 25/04/20 Nolasco Odontol RUA CAOTINHA Tel: 3473-6650