



1-Registro ANS 406414 2-Cidade de Emissão de Guia 11/7/11 12/12/10 3-Data de Autorização 11/8/11 12/12/10 5-Série AUTORIZADO 6-Folheto da Guia Principal 8154095 7-Data Validade de Sanhe 11/7/10 13/12/11

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 10-02-01253401230000101101 11-Data Validade da Carteira 12-11/7/10 13-12/12/11 12-Atividade do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GLAUCIA JACQUELINE DA CRUZ PEREIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GLAUCIA JACQUELINE DA CRUZ PEREIRA

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 18-Numero no CRO 114176 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1311913912381514 22-Nome do Contratado, Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 23-Numero no CRO 114176 24-UF SP 25-Código CNES 0185100218

26-Nome do Profissional Executante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA 27-Numero no CRO 114176 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 de Oclusão	42-Assinatura
1-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	11/21	11/21	
2-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	11/21	11/21	
3-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	11/21	11/21	
4-010	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	11/21	11/21	
5-010	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	OVL	1	1	12,20	0,00	0,00	0,00	11/21	11/21	
6-010	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7,30	0,00	0,00	0,00	11/21	11/21	
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Exame Radiológico	47-Exame Radiológico	48-Exame Radiológico	49-Exame Radiológico	50-Exame Radiológico	51-Exame Radiológico	52-Exame Radiológico	53-Exame Radiológico	54-Exame Radiológico	55-Exame Radiológico
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento	1-1-Total 2-Parcial	46-Todo Quantidade US	3339,00	47-Valor Total R\$	0,00	48-Todo Quantidade US	49-Todo Quantidade US

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 pagar em 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.

48-Observação

50-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário: 2011/11/21 51-Cidade, local e Assinatura do Profissional Solicitante: 11/11/11 52-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/11/11 53-Cidade, local e Assinatura do Profissional Solicitante: 11/11/11 54-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/11/11 55-Cidade, local e Assinatura do Profissional Solicitante: 11/11/11

CRO 114176

CRO 114176

CRO 114176

CRO 114176