



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13 0 1 0 7 1 2 5	4-Data de Autorização 13 0 1 0 7 1 2 5	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14177017	7-Data Validade da Serinha 12 8 1 0 9 1 2 5
--------------------------	---	---	-------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 3 7 1 1 0 3 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão N°
---	--------------------------------	--	--	------------------------

13-**Nome**
KATHY RODRIGUES DE PAULA

13-None
KATHY RODRIGUES DE PAULA
23/01/1987

CRISTIANO RIBEIRO DE PAULA

11-Dia Validade da Carteira

1 1 // 1 1 //

Dados do Contestado Rescorável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ	18-Número no CRO 74335	19-UF SP	20-Código CBO 8	025 - Faturamento
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	----------------------

17-**Nome da Profissional Solicitante**
NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Enunciado	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3.3.1.1.9.8.2.8.0.0.0.1.1.2.1	CEIIA GONZALEZ LOPES	74335	SP	9823328

26-Memoria do Profissional Escriturista

25-Nome do Profissional Executante
NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ

26-Número na CRO
74335

27-UF
SP

28-Código CBO S
29401050

NIELSE MERLIN CREPALDI SCHUTZ

[illegible]

Plano de Tratamento / Prescrições e Solicitações

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Raiz	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Dat
1- 0 0 8 1 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 0 0				S
2- 0 0 8 5 2 0 0 8 5		REST TEMP TRAT EXPECTANTE	48		1	5 0 0 0				S
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43- Data Previsto Término do Tratamento

1 1 1 1 1 1 1 1

44- Tipo de Atendimento

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcel

46- Total Quantidade US

8 4 0 0

47- Valor Total R\$

1 1 1 1 1 1 1 1

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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), não/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.

40. Chomsky

Pulpite Dx 436 estrutura coronária + RX + OLENTACÃO + MEDICACÃO dentiz 48
+ CURATIVO

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/09/2011	13/09/2011	13/09/2011	13/09/2011

53-Duta, local e Carimbo da Empresa

63. Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:

El Poble local e Arqueologia do Povo e do Território

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

la Empresa

Dr. Acyri Gonzalez
Cruzeiro Dentista
Fio 61225