

2-N^o

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/14/11 12/12/01		4-Data de Autorização 11/11/11 11/11/11		5-Sinila PENDENTE DE LIBERAÇÃO 440197		6-Número da Guia Principal 440197		7-Data Validade da Senha 11/14/11 03/11/21		440197 INTERCÂMBIO													
Dados do Beneficiário																									
8-Número da Carteira 10102025105506017729011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome EUGENIO DA SILVA RIBEIRO												14-Telefone (111) 11111111				15-Nome do titular do plano EUGENIO DA SILVA RIBEIRO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante EDUARDO MARTINUSSO				18-Número no CRO 61226		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -															
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 1139931698819		22-Nome do Contratado Executante EDUARDO MARTINUSSO				23-Número no CRO 61226		24-UF SP		25-Código CMES															
26-Nome do Profissional Executante EDUARDO MARTINUSSO		27-Número no CRO 61226				28-UF SP		29-Código CBO S																	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Rugilo		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glor		42-Assinatura	
1-0008101000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		15		15		1		3400		0100		0100		N11/11/12/12/01		N11/11/12/12/01		N11/11/12/12/01		N11/11/12/12/01		N11/11/12/12/01	
2-000852000034		TRATAMENTO EM																							
3-																									
4-																									
5-																									
6-																									
7-																									
8-																									
9-																									
10-																									
11-																									
12-																									
13-																									
14-																									
15-																									
43-Data Prescrição 11/14/12/12/01														44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1142100		47-Valor Total R\$ 1142100		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1142100			
49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/14/12/12/01														50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/14/12/12/01											
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/14/12/12/01														52-Data, local e Assinatura da Empresa 11/14/12/12/01											
53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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/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.														54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														58-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
59-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
61-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														62-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
63-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														64-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
65-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														66-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
67-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														68-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
69-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														70-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
71-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														72-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
73-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														74-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01											
75-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/14/12/12/01														76-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 11/											

CENTRO ODONTOLÓGICO ESP. 24 HORAS LTDA
CNPJ: 05.980.995/0001-18