



Integrante para o 1.º

1. Registro ANS 406414 3. Data de Emissão da Guia 13/01/2013 4. Data de Autorização 13/01/2013 5. Sessão AUTORIZADO 6. Número da Guia Principal 8436226 7. Data Validade da Sessão 12/01/2013

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira 101012101215123191231710101011110151 9. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa GEC ADMINISTRADORA DE 11. Data Validade da Carteira 12. Número do Cartão Nacional de Saúde

13. Nome ELINA DAIANE MOURA DA SILVA 25/02/1992 14. Telefone 9161161571511 15. Nome do titular do plano EDIRIO MOURA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16. Atendimento a RN N 17. Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ 18. Número no CRO 137478 19. UF SP 20. Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21. Código na Operadora / CNPJ / CPF 13191618161416118151011 22. Nome do Contratado Encarregado LARA SILVA MILANEZ 23. Número no CRO 137478 24. UF SP 25. Código CNES 0185100200 26. Nome do Profissional Encarregado LARA SILVA MILANEZ 27. Número no CRO 137478 28. UF SP 29. Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30. Tabela	31. Código do Procedimento	32. Descrição	33. Dente/Região	34. Fase	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Anl	40. Data de Realização	41. Nome do Glosa	42. Assinatura
1	10101181511010210101	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	81810101	1010101	51301013121				
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43. Data Prevista Término do Tratamento 30/01/2011

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 81810101 47. Valor Total R\$ 01010101 48. Total Franquia / Co-participação R\$

Declara, 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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 v. referências do tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Observação

50. Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 13/01/2013 51. Data, local e Assinatura do Beneficiário 13/01/2013 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário 13/01/2013 53. Data, local e Assinatura do Beneficiário 13/01/2013

CFO/SP 137478