



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/09/2007 12:21

4-Data de Autorização
12/09/2007 12:21

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10189563

7-Data Validade da Sentença
12/07/2010 12:21

1081450
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202510550601684303

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
12/07/2010 12:21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
HENRIQUE JUSTINO CAETANO DOS SANTOS

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
THAIS JUSTINO CAETANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE

18-Número no CRO
134922

19-UF
SP

20-Código CBO S
205 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
140984113000144
22-Nome do Contratado Executante
NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

23-Número no CRO
138944

24-UF
SP

25-Código CBO S
2879549

26-Nome do Profissional Executante
BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE

27-Número no CRO
134922

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Rugião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Avaliação
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5			CONSULTA ODONTOLÓGICA	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
08/07/2009	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	34,00	34,00	0,00							

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
08/07/2009
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/07/2009
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/07/2009
53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/07/2009