



2-40

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/07 11/12/01		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7698893		7-Data Validade da Santa 09/11/01/12/01		INTERCAMBIO 337862																																																																																																																																											
Dados do Beneficiário										Dados do Contratado																																																																																																																																											
10-Data de Nascimento 10/02/02 15/03/02 19/03/02 00/00/01 01/01/01										11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11										12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																	
13-Nome LARISSA PEREIRA DE ALMEIDA SOUZA										14-Telefone (11) 11111111										15-Nome do titular do plano LARISSA PEREIRA DE ALMEIDA SOUZA																																																																																																																																	
16-Mendicância a R\$ N										17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO										18-Número no CRC 121025										19-UF SP										20-Código CBO S 025 -																																																																																																													
21-Código da Operadora: CNPJ / CPF 13/31389113/918261										22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO										23-Número no CRC 121025										24-UF SP										25-Código CNES																																																																																																													
26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO										27-Número no CRC 121025										28-UF SP										29-Código CBO S																																																																																																																							
Plano de Tratamento: Procedimentos Solicitados										30-Substância 1-0018511001961 RESTAURAÇÃO RESINA										31-Quantidade US 46										32-Valor 37,00										33-Franquia/Co-participação R\$ 0,00										34-Faixa 46										35-Data de Realização 10/11/07										36-Data de Realização 10/11/07										37-Motivo da Glosa 42-Atualização na classe																																																																					
1-11/11/07 11/12/01										2-11/11/07 11/12/01										3-11/11/07 11/12/01										4-11/11/07 11/12/01										5-11/11/07 11/12/01										6-11/11/07 11/12/01										7-11/11/07 11/12/01										8-11/11/07 11/12/01										9-11/11/07 11/12/01										10-11/11/07 11/12/01										11-11/11/07 11/12/01										12-11/11/07 11/12/01										13-11/11/07 11/12/01										14-11/11/07 11/12/01										15-11/11/07 11/12/01									
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11										44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico										45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial										46-Total Quantidade US 61,00										47-Valor Total R\$ 10,10										48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00																																																																																																			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a pagar 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), 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																																																																																																																																																					

Cirurgião Dentista
CRO 124025

53-Dala, local o Cambo da Enroresa

Carro / Responsável: Carissa

52-Data, local e Assinatura

51-Data, locale e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Dati, locale e Assinatura do Cirujão-Dentista Solopantis