



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/2015 4-Data de Autorização 10/06/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7540871 7-Data Validade da Senha 10/12/2018

Dados do Beneficiário

8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Data Validade da Senha 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome FABIANA SANTANA DOS SANTOS 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FABIANA SANTANA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE 18-Número no CRO 113873 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85400262-36 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1230115041827 22-Nome do Contratado Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE 23-Número no CRO 113873 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE 27-Número no CRO 113873 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85400262	PINO PRE-FABRICADO	36	1	1	18,00	0,00	0,00	14/05/2015			
2-00	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	36	1	1	54,00	0,00	0,00	21/05/2015			
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	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 272,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Carimbo da Empresa

Cirurgião-Dentista

CRO 113873