



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 7/12/11 4-Data de Autorização 10/1/10 9/12/11 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8855720 7-Data Validade da Série 12/1/10 12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020251055060702023011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome KATIA APARECIDA DO NASCIMENTO FRANCISCO 14-Telefone 08/12/1968 15-Nome do titular do plano KATIA APARECIDA DO NASCIMENTO FRANCISCO

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS 18-Número no CRO 114702 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36090230820 22-Nome do Contratado Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS 23-Número no CRO 114702 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS 27-Número no CRO 114702 28-UF SP 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Dist	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	15	DOM	1	12	10,00	0,00	S	08/12/10		
2-1	0	8 5 1 0 0 1 9 6	17	O	1	10,00	0,00	0,00	S	08/12/10		
3-1	0	8 5 1 0 0 2 1 8	24	DMO	1	12	10,00	0,00	S	08/12/10		
4-1	0	8 5 1 0 0 1 9 6	35	V	1	10,00	0,00	0,00	S	08/12/10		
5-1	0	8 5 1 0 0 1 9 6	43	V	1	10,00	0,00	0,00	S	08/12/10		
6-1	0	8 5 1 0 0 1 9 6	45	V	1	10,00	0,00	0,00	S	08/12/10		
7-1	0	8 5 1 0 0 1 9 6	47	V	1	10,00	0,00	0,00	S	08/12/10		
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

11855720

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 Quantitativo US 549,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, preços, 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) DPA Vanessa Carvalh... e por mim assinado(e), foi(m) 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, conforme orientado na guia com os custos conforme previsto.

Cirurgiã Dentista
CRO SP 114702

50-DPA Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/05/10 51-DPA Local e Assinatura do Contratado 13/05/10 52-DPA Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/10 53-DPA Local e Assinatura da Empresa 13/05/10