



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/12/10 9/12/10

4-Data de AutORIZAÇÃO
12/16/11 10/12/10

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7893394

7-Data Validade da Sentença
12/11/11 12/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 2 0 1 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 9 9 9 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
GABRIELLA DE MORAES MATOS SILVA

19/06/2003

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ELIENE DE MORAES MATOS

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Avenimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

18-Número no CRO
55535

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11 5 6 8 9 1 4 5 8 0 7

22-Nome do Contratado Executante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

23-Número no CRO
55535

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
LUCIANA MARY KAWAGUCHI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00					
2-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00					
3-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00					
4-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00					
5-000	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00					
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
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\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	117,40	02102225/0001841								

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 a pagar com os custos previstos em 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 e ordem a quem for devido esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

AV. P. RADA PINHO, 1020 - SOBRERLEIA

50-Data, local e Assinatura do Curador-Ontinua Solicitante
26/11/10

51-Data, local e Assinatura do Curador-Denovo
26/11/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/11/10

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e/ou com os custos previstos em contrato
26/11/10