



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 10/12/10 4-Data de Autorização 10/09/10 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7844223 7-Data Validade da Seria 10/11/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020212510510601151175021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome WANDERLEI GOZZANI 28/02/1966 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano SOLANGE RODRIGUES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA MARQUES PONTES 18-Número no CRO 74198 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA MARQUES PONTES 23-Número no CRO 74198 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA MARQUES PONTES 27-Número no CRO 74198 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	820008751	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	1	7,30	0,00	0,00	0,00	10/09/20		
2-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
3-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
4-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
5-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47 MO	1	1	8,80	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
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 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1305,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 15/11/09/20 Paula Pontes 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/09/20 Paula Pontes 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 15/11/09/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/09/20