



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 01/01/2013 4-Data de Autorização 10/01/2013 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9632672 7-Data Validade da Sentença 30/01/2015

892264  
INTERCÂMBIO

## Dados do Beneficiário

8-Atendimento de Carteira 00020251055060070202301  
10-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KATIA APARECIDA DO NASCIMENTO FRANCISCO

14-Teléfono 08/12/1968

15-Nome do titular do plano KATIA APARECIDA DO NASCIMENTO FRANCISCO

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

18-Número no CRO 138944 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141697433855 22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

23-Número no CRO 138944 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-24

26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

27-Número no CRO 138944 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-Cid      | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------|-----------------|---------|-------------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------------------|
| 1-0       | 0                         | 8 5 2 0 0 1 6 6 | 24              | 1       | 2 5 8 1 0 0 | 0 1 0 0          | 11       | 100322                          |        |                       |                                     |
| 2-1       |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 3-1       |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 4-1       |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 5-1       |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 6-1       |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 7-1       |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 8-1       |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 9-1       |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 10        |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 11        |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 12        |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 13        |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 14        |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |
| 15        |                           |                 |                 |         |             |                  |          |                                 |        |                       |                                     |

43-Data Prescrição/Término do Tratamento 10/05/12 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 2 5 8 1 0 0 47-Valor Total R\$ 0 1 0 0 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), 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

Assinatura de Gabriela S. Cruz de Gois, Cirurgiã Dentista

Assinatura de Gabriela S. Cruz de Gois, Cirurgiã Dentista

Assinatura de Gabriela S. Cruz de Gois, Cirurgiã Dentista

Assinatura de Gabriela S. Cruz de Gois, Cirurgiã Dentista

Assinatura de Gabriela S. Cruz de Gois, Cirurgiã Dentista

Assinatura de Gabriela S. Cruz de Gois, Cirurgiã Dentista