



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/1/03/12/1		4-Data de Autorização 10/3/03/12/1		5-Semeta AUTORIZADO		6-Numero da Guia Principal 8345027		7-Data Validade da Semeta 13/0/05/12/1		488308 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Numero da Carteira 100202510550601720301		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1		12-Numero do Cartão Nacional de Saúde															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
13-Nome ANDRE LUIS BATISTA BORGES		14-Teléfono 1202/1974		15-Nome do titular do plano ANDRE LUIS BATISTA BORGES		16-Data Validade da Carteira 1/1/1/1		17-Data Validade da Semeta 13/0/05/12/1															
18-Endereço a RV N		19-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		21-Data Validade da Carteira 1/1/1/1		22-Numero do Cartão Nacional de Saúde															
23-Código na Operação : CNPJ / CPF 146303046819		24-Nome do Contratado Executante NATHALIA BATISTELA MARTINS DE PAULA		25-Código CNES 137593		26-Código CBO S 137593		27-Data Validade da Carteira 1/1/1/1															
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
30-Tabela 31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Diagnóstico		34-Face		35-Ord		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura	
1-000181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		11		136100		00100		1505103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
2-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
3-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
4-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
5-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
6-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
7-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
8-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
9-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
10-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
11-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
12-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
13-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
14-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
15-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121		1508103121	
16-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		11		136100		00100		1508103121		1508103121									

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(ram) 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	10/8/10 3/1/21/1 <i>Maíkeia Paula</i>
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/8/10 3/1/21/1 <i>Maíkeia Paula</i>
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/8/10 3/1/21/1 <i>[Assinatura]</i>
53-Data, local e Canto da Empresa	11/11/11