



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2018 4-Data de Autorização 11/09/2018 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8959374 7-Data Validade da Sentia 11/11/2018

667524
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202510550601634701 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROBERTA SILVA VIANA DOS SANTOS 27/09/1974 14-Teléfono (11) 952917452 15-Nome do titular do plano ROBERTA SILVA VIANA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento e RN 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 22-Nome do Contratado Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS 23-Número no CRO 114702 24-UF SP 25-Código CNES 26-Número no CRO 114702 27-Número no CRO 114702 28-UF SP 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,00	0,00			11/09/2018		Vanessa
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00			11/09/2018		Vanessa
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

CLEAN ODONTO

RUA: CAQUITO, 57

TEL.: 3473-6655

43-Atividade Profissional do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 122,00 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 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

Dra Vanessa Martins

Dra Vanessa Martins

Cirurgiã Dentista

Cirurgiã Dentista

CRO SP 114702

CRO SP 114702

50-Data Total e Assinatura do Operador / Dentista 51-Data Total e Assinatura do Operador / Dentista 52-Data Total e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data Total e Assinatura do Operador / Dentista