



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 13/11/08 12:11 4-Data de Autorização 13/11/08 12:11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9007871 7-Data Validade da Sentença 12/9/11 11:21

8-Número da Carteira 10020251105506007411202 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GIRLEIA ANTUNES DIOGO 29/03/1984 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano GIRLEIA ANTUNES DIOGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a 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 36090230820 22-Nome do Contratado Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS 23-Número no CRO 114702 24-UF SP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS 27-Número no CRO 114702 28-UF SP 29-Código CBO S 025- Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Registre	34-Fone	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	48	V	1	6 1 1 0 0	0	0	0	11/09/08	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	6 1 1 0 0	0	0	0	11/09/08	
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	6 1 1 0 0	0	0	0	11/09/08	
4-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IM	1	8 8 1 0 0	0	0	0	11/09/08	
5-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	21	ID	1	8 8 1 0 0	0	0	0	11/09/08	
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Diploma Técnico 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 3 5 9 1 0 0 47-Valor Total R\$ 0 1 0 0 0 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, comprovando a validade deste sistema previsto em contrato. **Vanessa Carvalho Martins** **Girleia Antunes Digo**

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa