



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/01		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 417071		6-Número da Guia Principal 417071		7-Data Validade de Bateria 01/01/02 11/12/11		417071 INTERCÂMBIO	
8-Número de Cartão 000202510550600863102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
13-Nome LARYSSA TORRES CICON				14-Teléfono () 11 34161501				15-Nome do titular do plano ANGELITA CRUZ TORRES			
16-Mendicância a RVI N				17-Nome do Profissional Solicitante MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO				18-Número no CRO 71198			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 28991679836				22-Nome do Contratado Exequente MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO				23-Número no CRO 71198			
25-Nome do Profissional Exequente MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO				26-Número no CRO 71198				27-Número no CRO 71198			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
50-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Data/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo de Glosa 42-Assinatura											
1- 00081000057 CONSULTA ODONTOLÓGICA DE 1 34000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000											
2- 00085200034 TRATAMENTO EM 48 1 800 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000 0000											
3- 00000000000											
4- 00000000000											
5- 00000000000											
6- 00000000000											
7- 00000000000											
8- 00000000000											
9- 00000000000											
10- 00000000000											
11- 00000000000											
12- 00000000000											
13- 00000000000											
14- 00000000000											
15- 00000000000											
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11				44-Tipo de Atendimento (11) Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Lupulose/Enfermidade				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial			
46-Total Quantidade US 42000				47-Valor Total R\$ 0000				48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000			

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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura / Imprimir com valor + medicação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11 11/12/01 Dra. Michele S. Azevedo
Cirurgiã Dentista

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/01 X. L. Torres
Responsável

52-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/11 11/12/01 X. L. Torres
Empresa

CRO 71108

ODONTO NORTE 24 HORAS