



2-Na



3-Dia de Emissão da Guia	3-Dia de Autorização	5-Semana	6-Número da Guia Principal	7-Dia Validade da Sanita
0 8 / 0 5 / 2 0	0 8 / 0 5 / 2 0	AUTORIZADO	7550091	0 6 / 0 8 / 2 0
14	Beneficiário	9-Plano	10-Empresa	11-Dia Validade da Carteira
o da Carteira	12 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 4 1 6 0 0 1	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
A YSELA MEZA YUPANQUI	12/11/1984	14-Telefone	15-Nome do titular do plano	
			ROSA YSELA MEZA YUPANQUI	

Contratado Responsável pelo Tratamento	
Instituto A RN	
17-Nome do Profissional Solicitante A.R. ODONTOLOGIA BEM ESTAR	
18-Número no CRO 30136	
19-UF SP	
20-Código CBO S 10	
025 - Faturar Empresa	
Enviar - RX (I) 81000421-RPSE (IF) 85200166-25	
0 no Operadora / CNPJ / CPF	
22-Nome do Contratado Excedente NORA CLARA BAUTISTA PATINO	
23-Número no CRO 30136	
24-UF SP	
25-Código CNES	
26-UF SP	
27-Número no CRO 30136	
28-UF SP	
29-Código CBO S	
1 do Profissional Excedente A CLARA BAUTISTA PATINO	
Tratamento / Procedimentos Solicitados	

[illegible]

63-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	☐ / ☐ / ☐
62-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	08/11/2017 <i>P. Plano-</i>
61-Dia, local e Assinatura do Causante-Origem	08/11/2017 <i>P. Plano-</i>
local e Assinatura do Causante-Benefício Solicitante	08/11/2017 <i>P. Plano-</i>