



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/7/05/20	4-Dia de Autorização 12/9/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 759/879	7-Dia Validade da Senha 12/5/08/20
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número de Carteira	0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 7 8 7 7 0 1
9-Piano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade de Carteira	/ /
12-Número do Cartão N	
13-Nome	KATIA ELISA RUIZ
14-Telefone	() -
15-Nome do titular do plano	KATIA ELISA RUIZ
30/04/1968	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-U/F	20-Código CBO S
JESSICA MATHIAS DE SOUZA BENCE	113873	SP	

22-Código no Operador / CNPJ / CPF	23-Número no CRO	24-JF	25-Código CNES
2 3 0 1 5 0 4 1 8 2 7	113873	SP	
JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE			

2a-Nome do Profissional Exercitante	JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE
27-Numero no CRO	113873
28-Uf	SP
29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento
-----------	---------------------------

1-1010118151310101014[illegible]

2	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---

$$3 \overline{) 008530004}$$

4-0018530004

5-1010181511010119

[illegible]

7. 

[illegible]

12

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

15

4.3-Data Previsão Término do Tratamento

UUTU

Declaro, que após ter sido devidamente examinado, o presente contrato, Declaro ainda que o(a) procedi-

referentes ao tratamento realizado, comp

49-Observação

209/05/020

100