



Regulamento nº 73, de 20/03/2017

1-Registro ANS 406414	3-Dado de Emissão da Guia 11/11/03/12/21	4-Data de Autorização 11/11/03/12/21	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9668687	7-Data Validade da Semeta 10/9/10/16/12/21
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020251105506005856011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome MARIA APARECIDA PINHEIRO	10/04/1959	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano MARIA APARECIDA PINHEIRO
-------------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	18-Número no CRO 138944	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1411619743385511	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	23-Número no CRO 138944	24-UF SP	25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES

27-Número no CRO
138944

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL	AI	1	1	698,00	0,00		SI	25/05/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

CITIA ODONTO
RUA: CAQUITO, 57
TEL: 3473-6655

43-Data Prevista Término do Tratamento

25/11/22

44-Tipo de Aliamento

1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1698,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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) 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Anexar imagem final da prótese para produção.

Gabriela S. Cruz Goes

Gabriela S. Cruz Goes

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/22	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/5/122
---	--

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/5/122	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/5/122
--	--

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/5/122
--

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/5/122
--