



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 06/10/2011 4-Data de Autorização 06/10/2011 5-Santa AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 8910427 7-Data Validade da Serina 04/11/2011

650946
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00202510550600744601

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA CLAUDIA FRASSON COSTA

27/05/1968

14-Telefone (11) 26847320

15-Nome do titular do plano ANA CLAUDIA FRASSON COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

18-Numero no CRO 114702

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

23-Numero no CRO 114702

24-UF SP

25-Código CNES

Enviar - RX

(IF) 85200156-27

26-Nome do Profissional Executante

VANESSA CARVALHO SILVA MARTINS

27-Numero no CRO 114702

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-008520158	TRATAMENTO ENDODONTICO	27	1	53300	0,00	0,00			060821		Vanessa
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
16-											

CLEAN ODONTO

RUA: CAQUITO, 57

TEL.: 3473-6655

43-Data Prevista de Término do Tratamento 06/08/21 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 53300 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra Vanessa Martins

Dra Vanessa Martins

Cirurgiã Dentista

Cirurgiã Dentista

50-Data local e Assinatura do Contratado-Donatário e Solicitante 06/08/21 CRO SP 114702

51-Data local e Assinatura do Contratado-Executante 06/08/21 CRO SP 114702

52-Data local e Assinatura do Profissional / Responsável 06/08/21 Vanessa

53-Data local e Assinatura da Empresa 06/08/21