



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 00/11/00 4-Data de Autorização 00/09/00 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7604759 7-Data Validade da Santa 03/01/00 8-Data Validade da Guia 00/12/00

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020202510550600430803 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LUCIA MARTA PEREIRA DE SEDA 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano MAURICIO FERNANDES DE SEDA 16-Endereço 09/01/1974

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN LUCIANA MARY KAWAGUCHI 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 18-Número no CRO 55535 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15689145807 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES 085100200 26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	5	1	0	2	0	0				
		RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	8	8	0	0			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Total Franquia/Co-participação R\$ 48-Total Franquia/Co-participação R\$ 49-Observação

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, comprometendo-me a cumprir as condições 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa 54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente