



1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/08 4-Data de Autorização 11/01/08 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7773218 7-Data Validade da Semra 10/08/11 8-Data Validade da Semra 11/02/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102102151105151061010621931021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/01/01 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BARBARA DE FRANCA SILVA 13/12/1998 14-Telefone 12486130113 15-Nome do Titular do plano ANTONIA LUCIA DE FRANCA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 18-Número no CRO 122986 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311135742855 22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 23-Número no CRO 122986 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 27-Número no CRO 122986 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-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-010	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			11/01/08	30	Barbara F. Franca
2-010	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			11/01/08	30	Barbara F. Franca
3-010	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			11/01/08	30	Barbara F. Franca
4-010	853010047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			11/01/08	30	Barbara F. Franca
5-010												
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1144,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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, comprometendo-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(ram) 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

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 Carimbo da Empresa

D.ª Gisele Cristina Kimura
 Cir.ª Dentista
 CRP-SP 125086