

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10	4-Data de Autorização 10/12/11	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924540	7-Data Validade da Semeta 13/10/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025110550601647101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome LEONARDO ROSA DA CRUZ	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do Plano LEONARDO ROSA DA CRUZ
----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131113574285511	22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	----------------------------	-------------	-----------------------------------

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-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/12/11	0000	
2	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/12/11	0000	
3	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/12/11	0000	
4	00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	10/12/11	0000	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 no 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/10
---	---	---	---

Dr. Gisele Cristina Kimura Iuassaca
CRO-SP 122986