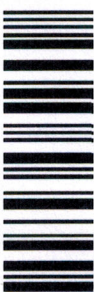


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



321405
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2016	4-Data de Autorização 10/08/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7618574	7-Data Validade da Semana 10/04/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021025282195800001010101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome VALERIA CRISTINA TAVEIRA GELLI	14-Telefone (11) 2461819243	15-Nome do titular do plano EDSON GELLI DA COSTA
---	--------------------------------	---

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 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--

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
--	---	----------------------------	-------------	----------------

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00	15,00	15/06/2016			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 61,00	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, 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), (for)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

folio via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/06/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/06/2016
---	---	---	---

Dr.^a Gisele Cristina Kimura IUASSACA
 Cirurgião Dentista
 CROSP 122986