



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10/17/12/01	4-Data de Autorização 11/4/10/17/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7699323	7-Data Validade da Senha 11/1/10/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010121021511051510600718171910121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/1/10/12/01	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome PAOLA PARADELLA PEIXOTO SOUZA	17/04/2005	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA
--	------------	------------------------------	--

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 3111357421855111	22-Nome do Contratado Exequatante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Número no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CNES
---	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exequatante 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
1-010184000019181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,1010	10,1010	11/10/17/12/01	11/10/17/12/01	11/10/17/12/01		
2-100184000019181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,1010	10,1010	11/10/17/12/01	11/10/17/12/01	11/10/17/12/01		
3-100184000019181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,1010	10,1010	11/10/17/12/01	11/10/17/12/01	11/10/17/12/01		
4-100184000019181		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,1010	10,1010	11/10/17/12/01	11/10/17/12/01	11/10/17/12/01		
5-111111111111111												
6-111111111111111												
7-111111111111111												
8-111111111111111												
9-111111111111111												
10-111111111111111												
11-111111111111111												
12-111111111111111												
13-111111111111111												
14-111111111111111												
15-111111111111111												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/10/17/12/01	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Totai 2-Parcial	114010101	0110101								

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(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 11/11/10/17/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/10/17/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/10/17/12/01	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/10/17/12/01	D.º Gisele C. Kimura Cirurgiã Dentista CRO-SP 122986
--	--	--	---	--