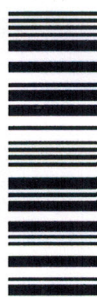


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 8/12/10

4-Data de Autorização 10/12/10 9/12/10

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7822746

7-Data Validade da Guia 12/14/11 1/12/10

8-Data Validade da Guia 12/14/11 1/12/10

364280 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/10 2/5/10 5/10 6/10 1/8/2/4/3/0/1

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCIMEIRY MARIA FREIRES DE OLIVEIRA

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano LUCIMEIRY MARIA FREIRES DE OLIVEIRA

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3/1/1/3/5/7/4/2/8/5/5/1

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

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dentista/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

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\$

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 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), 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 02/10/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/10

Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca

CR0SP 1220965