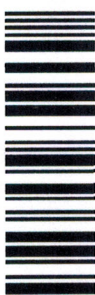


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

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

4-Data de Autorização
12/9/10 8/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
7830320

7-Data Validade da Senha
12/6/11 1/2/10

365968
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 1 2 1 0 2 5 0 7 5 1 7 1 0 0 0 3 2 5 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
COOP CRED INVEST LIVRE ADMI

11-Data Validade da Carteira
/ / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
BEATRIZ ARRUDA RAFAEL

10/11/2005

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
TATIANA LAIS DE ARRUDA RAFAEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

22-Nome do Contratado Executante
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
13.111.135.742.855.111

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-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Matrx da Glorax	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6 1 0 0	0 0 0	0 0 0	15	29/10/08 20:29	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão 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\$							
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	16 1 0 0	10 0 0								

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

foto no sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

29/10/08/200

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

29/10/08/200

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

29/10/08/2009

53-Data, local e Carimbo da Empresa

29/10/08/200

Dr. Gisele Cristina Kimura
CRO-SP 122986