

1-Registro ANS 406414  
 3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 12/12/01  
 4-Data de Autorização 21/11/12 11/21/01  
 5-Semeta AUTORIZADO  
 6-Número da Guia Principal 8123641  
 7-Data Validade da Semeta 10/07/10 13/11/21

8-Número da Carteira 10 0 2 0 1 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 8 3 7 0 0 1 1  
 9-Plano POS REDE PRESTADORA  
 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA MARGARETE DA SILVA OLIVEIRA  
 14-Teléfono  
 15-Nome do titular do plano MARIA MARGARETE DA SILVA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento  
 16-Atendimento a RN N  
 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA NIPPO-BRASIL EIRA LTDA - ME  
 18-Número no CRO 53702  
 19-UF SP  
 20-Código CBO S 01  
 21-UF SP  
 22-UF SP  
 23-Número no CRO 53702  
 24-UF SP  
 25-Código CNES Enviar - RX  
 26-UF SP  
 27-Número no CRO 53702  
 28-UF SP  
 29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1151688540181001  
 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI  
 26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/02/11		
2-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			10/02/11		
3-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			10/02/11		
4-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			10/02/11		
5-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			10/02/11		
6-010	851000200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			10/02/11		
7-010	851000200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			10/02/11		
8-010	851000196	RESTAURAÇÃO RESINA		1		61,00	0,00			10/02/11		
9-010	851000200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			10/02/11		
10-010	851000200	RESTAURAÇÃO RESINA		1		88,00	0,00			10/02/11		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento  
 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência  
 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial  
 46-Total Quantidade US 59110,00  
 47-Valor Total R\$ 9210,22  
 48-Tabela 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referidos no tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista  
 51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista  
 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
 53-Data local e Assinatura da Empresa

