



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 9/12/10 4-Data de Autorização 12/16/10 9/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7903831 7-Data Validade da Senha 12/13/11 12/12/10

382724  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/012/10 2/5/3/0/8/3/8/7/0/0/0/0/1/0/1/1

9-Bairro POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 12/14/10 9/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BIANCA NERIS CARDEAL

28/12/1999

14-Telefone ( ) - - - - -

15-Nome do titular do plano BIANCA NERIS CARDEAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Academismo 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 Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311135742855 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                                    | 018                       | 51100200               | 17                     | OP                    | 1                                       | 8,10             | 0,00     | 0,00                            | 5      | 12/10/11              | 2020               |               |
| 2-1                                    |                           | RESTAURAÇÃO RESINA     |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-1                                    |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-1                                    |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-1                                    |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-1                                    |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-1                                    |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-1                                    |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1                                    |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-1                                   |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-1                                   |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-1                                   |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-1                                   |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-1                                   |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-1                                   |                           |                        |                        |                       |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 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\$ |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12/14/10 9/12/10                       | 1-Tratamento Odontológico | 2-Exame Radiológico    | 3-Ortodontia           | 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial                       | 18,10            | 0,00     | 0,00                            | 0,00   | 0,00                  | 0,00               |               |

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 no 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

FOR NO R\$ 85100200

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/10 9/12/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 9/12/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 9/12/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/10 9/12/10

D.ª Gisele Cristina Kimura  
Cirurgiã Dentista  
CRP 01/122986