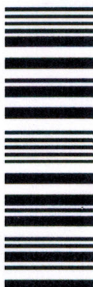


2-N-

33068-
INTERCÂMBIO

INIERCAMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Norme

JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA

02/12/1972

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 - Educação Especial
--------------------------	---	-----------------------------------	--------------------	---

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	131135742855
22-Nome do Contratado Exatante	GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA
23-Numero no CRO	122986
24-UF	SP
25-Código ONESE	

26-Nome do Profissional Executante

GISELE CRISTINA KIMURA IJASSACA

26-Nome do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	122986	SP	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Quid	36-Quantidade US	37-Vaiar	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0 0 8 7 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0	S		1/30/1061139222		

Handwriting practice lines for the letter 'l'. The page contains 15 rows, each starting with a number (2-15) and followed by a series of vertical lines for tracing and writing. The lines are arranged in a grid pattern, with the numbers 2 through 15 on the left side of the page. The first row (2) is partially cut off on the left. The last row (15) is also partially cut off on the left. The page is numbered 91 in the bottom right corner.

43-Data Prescrição Término do Tratamento	/ /
44-Tipo de Atendimento	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Circondonia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	☐ 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	3 4 0 0
47-Valor Total R\$	0 0 0
48-Total Franquia / Co-participação R\$	0 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 e não cobertos pelo plano de saúde, bem como a indenizar o profissional contratado em caso de danos materiais ou morais decorrentes de qualquer ato ilícito praticado por ele no exercício de suas funções. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 este 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	30/06/2017	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	30/06/2017	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	30/06/2017	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	30/06/2017	Dr.^a Giselle Cristina Cirurgiã Dentista CRM 170086 

Dr.ª Gisele Cristina
Cirurgiã Dentista
492086