



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2014 4-Data de Autorização 11/10/2014 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8533413 7-Data Validade da Guia 12/07/2014 8-Data Validade da Guia 12/07/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202025105016012128115021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12/07/2014 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDREIA OLIVEIRA FERREIRA DOS SANTOS 26/08/1980 14-Teléfono (11) 238914456 15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO PEREIRA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Antecedente a RU N 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ODONTOLÓGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 01 25-Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15688540800 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 23-Número no CRO 53702 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 27-Número no CRO 53702 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	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00			12/08/2014		
2-1												
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 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 73,00 47-Valor Total R\$ 109,94 48-Total 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 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(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

WLA NOVA C-002

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

12/08/2014 12/08/2014 12/08/2014 12/08/2014