



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/13 4-Data de Autorização 12/01/14 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8361648 7-Data Validade da Guia 10/03/16

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/12 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SUELY MONICA RAULINO 30/01/1993 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SUELY MONICA RAULINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acordamento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA NIPO-BRASIL EIRA LTDA - ME 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora CNPJ/CPF 115688540800 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITO KAWAGUCHI 23-Número no CRO 53702 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITO 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA				3	4	0	0			
2-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
3-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
4-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
5-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
6-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
7-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
8-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
9-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
10-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
11-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
12-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
13-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
14-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
15-0	0	8	5	3	0	0	0	4	7			
		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1						
43-Data Prevista 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\$							
11/11/11	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	117,788	02202225/000084	000084							

49-Observação

Dr. Odete Vasconcelos Leite
CPF: 429.948.948-90

NIPO - BRASIL EIRA LTDA
AV. P. RAIMA PINHO, 1675 - 630-811-0000

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura 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 a prestação de serviços de assistência desse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.