



1-Registro ANS 4066414
 3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 18/12/10
 4-Data de AutORIZAÇÃO 10/4/10 18/12/10
 5-Semeta AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7755467
 7-Data Validade da Semeta 10/1/11 11/2/10

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 1 1 6 3 3 0 1 0 1 0 1 0 1 1
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADRIANA OLIVEIRA DE LIMA
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano ADRIANA OLIVEIRA DE LIMA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA
 18-Número no CRO 122986
 19-UF SP
 20-Código CBO S
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13 1 1 1 3 5 7 1 4 2 8 5 5 1 1 1
 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

025 - Faturar Empresa

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-Método da Gêsis	42-Assinatura
1-10	018	400000615			1	34,10	10,10		S	10/11/2010		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,10	10,10								

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/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-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2010
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2010
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2010
 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2010

Cirurgião-Dentista
 CR052986