



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/07 4-Data de Autorização 14/10/07 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7698534 7-Data Validade da Senha 10/09/11 8-Data Validade da Senha 10/09/11

9-Data de Emissão da Guia

337826
 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100210215105106007879103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PETRO PARADELLA PEIXOTO SOUZA 14-Telefone 11/08/2010 15-Nome do titular do plano JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

025 -
 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131113571428551 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 Gêsa	42-Assinatura
1-10	0184000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/10/07	11/10/07	
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 Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Todo 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/07 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/07 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/07 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/07 Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca CBO 122986