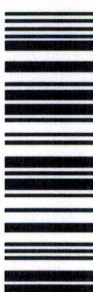


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/15/10 4-Data de Autização 10/17/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7735652 7-Data Validade da Guia 12/13/11 8-Data Validade da Guia 10/12/10

345718
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010121012151310181810101010101011 9-Pano 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 HELLEN DE SOUSA SILVA

13/12/2001

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano HELLEN DE SOUSA SILVA

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311113157142181515

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-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	018	11010101065			1	34,10	0,00			07/10/2011		
2-		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodentia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 34,10

47-Valor Total R\$ 10,10

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) 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 07/10/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2011

Dr. Gisele Cristina Kimura
 Cirurgiã Dentista
 CRO-SP 0005