

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/2010 4-Data de Autorização 21/10/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7967987 7-Data Validade da Senha 15/10/2011 398211 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102025307727000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome VIVIANIA SA TELES DOS SANTOS 22/05/1990 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano VIVIANIA SA TELES DOS SANTOS

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 131135742855 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 Glosa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	6,100	0,00			21/10/2010		
2-												
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 6,100 47-Valor Total R\$ 0,00 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 no 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 Foto via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 21/10/2010 Viviania 53-Data, local e Cartão da Empresa 21/10/2010 D.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca CROSP 122986