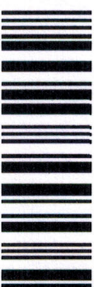


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



326918
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2016 4-Data de Autorização 11/09/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7646263 7-Data Validade da Senha 11/09/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00021022527396900000106 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DAIANE DE AMORIM CARVALHO 14-Telefone 15/11/1984 15-Nome do titular do plano GLEICY CARVALHO CORREIA

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 131135742855 22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 23-Número no CRO 122986 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (I) 86100200

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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	16	OD	1	8 8 1 0 1 0	10 1 0 1 0	1 1 9 1 0 1 0 1 0	1 1 9 1 0 1 0 1 0	1 1 9 1 0 1 0 1 0	1 1 9 1 0 1 0 1 0	1 1 9 1 0 1 0 1 0
2-1	1	RESTAURAÇÃO RESINA										
3-1	1											
4-1	1											
5-1	1											
6-1	1											
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											
43-Data Previsão 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\$							
11/09/2016	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	8 8 1 0 1 0	0 1 0 1 0								

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.

48-Observação

Foto no Sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/2016 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2016 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2016 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/09/2016

Dr.ª Gisele Cristina Kimura, Dentista
 CRP 00122986