



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/10 4-Data de Autorização 10/5/10 5-Será AUTORIZADO 7-Data Validade da Guia 10/1/10 6-1/2 0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020215105106003177011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JONAS CARDOSO LIMA COSTA 14-Teléfono 04/04/1972 15-Nome do titular do plano JONAS CARDOSO LIMA COSTA

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 13111315174281551 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6 1 0 0	0 0 0	S	05/03/2020	05/03/2020	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	6 1 0 0	0 0 0	S	05/03/2020	05/03/2020	
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 1 2 2 0 0 47-Valor Total R\$ 0 0 0 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), (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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Foto via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/03/2020 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/03/2020 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/2020 53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/2020

Dr.ª Gisele Crist B. Kimura Iuassaca
Cirurgiã Dentista
CROSP 122986