

8-Número da Carteira 101020125110550160085018011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCIA HELENA PASCOAL LISBOA

14-Telefone (11) 11111111

15-Nome do titular do plano LUCIA HELENA PASCOAL LISBOA

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 311135742855

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

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
1-10	01815110011916	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	161,10	0,10	0,10	0	11/17/11	01/12/10	
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 Previsto Término do Tratamento												44-Tipo de Atendimento
												1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento												46-Total Quantidade US
												61,10
47-Valor Total R\$												0,10
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

Foto via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca

Cirurgião-Dentista

CROSP 122986