



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/05/12/11	4-Data de Autorização 12/11/05/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8611861	7-Data Validade da Sentença 11/08/05/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/02/02/15/2/9/9/3/9/4/0/0/0/0/1/0/2/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/05/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 558750 INTERCAMBIO
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	--

13-Nome CRISTIANO MARCELINO ELIAS	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ELIZETE DOS PASSOS AGUIAR DE ANDRADE
--------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		
---	--	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA NPO-BRASIL EIRA LTDA - ME	18-Número no CRO 53702	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1156885408001	22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI	23-Número no CRO 53702	24-UF SP	25-Código CNES Envia - RX (1) 81000421 - RPIE
--	--	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI	27-Número no CRO 53702	28-UF SP	29-Código CBO S 11000421 - RPIE
--	---------------------------	-------------	------------------------------------

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 Doença	42-Assinatura
1-0	10	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	17,3	10,0	10,0	1	11/05/12	1	
2-0	10	EXODONTIA DE RAIZ	34	1	1	7,3	10,0	10,0	1	11/05/12	1	
3-0	10	RX PERIAPICAL	RPSD	1	1	14,0	10,0	10,0	1	11/05/12	1	
4-0	10	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	14,0	10,0	10,0	1	11/05/12	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 Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total	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), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao prestador contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
---	--	--	--	--	--

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/05/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/05/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/05/12/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/05/12/11
---------------	---	---	---	--

Dr. Debora Vasconcelos
CPF: 429.948.948-90
CRO: 117.199

Dr. Debora Vasconcelos Leite
CPF: 429.948.948-90
CRO: 117.199

VILA JOYA CONCEICAO
AV. P. R. S. N. 1020 - COBLENDA
11200-000
CPF: 06111400