

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7919147	7-Data Validade da Senha 12/9/12	386355 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 1002025105506016182101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REGINA LOPES DA SILVA	27/06/1962	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano REGINA LOPES DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	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 131135742815111	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	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	136,00	0,00		S	13/11/2012	Regina	
2-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	136,00	0,00		S	13/11/2012	Regina	
3-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	136,00	0,00		S	13/11/2012	Regina	
4-10	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	136,00	0,00		S	13/11/2012	Regina	
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 11/11/11	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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/3/11/10/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/3/11/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/3/11/10/12 Regina Lopes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / Profissional 01/3/11/10/12 Gisele Cristina Kimura Iuassaca
--	--	---	---

CROSP/122986