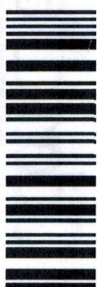


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 7/12/10 4-Data de Autorização 12/2/10 18/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7730939 7-Data Validade da Senha 12/1/11 10/12/10

344678
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 1 2 0 1 2 5 3 0 6 1 8 1 1 6 0 0 1 0 1 0 1 1 0 1 4

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa MARCELO APARECIDO RIBEIRO

11-Data Validade da Carteira 12/1/11 10/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NATHAN PIETRO ALMEIDA SANTANA

28/10/2011

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do Plano MARCELO APARECIDO RIBEIRO SANTANA

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 13 1 1 1 3 5 7 4 1 2 8 5 5 1 1 1 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-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	018	100001651	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3	4,00	0,00	0,00	5,12	22/10/2010		
2-												
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 34,00

47-Valor Total R\$ 0,00

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 profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinaturas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/10 10/1/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/10 06/1/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/10 06/1/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/10 06/1/2010

Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca
Cirurgião-Dentista
CROSP 022986