



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 4-Data de Autorização 13/11/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7742298 7-Data Validade da Senha 12/08/10 8-Data Validade da Guia 12/08/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002102153063011000000101021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/08/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA SOPHIA ROMANO DOS SANTOS 26/08/2013 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do Titular do plano NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 Enviar - RX (1) 85100200 21-Código na Operadora / CNU / CPF 131135742855 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
		RESTAURAÇÃO RESINA	63	D	1	6 1 1 0 1 0				31/10/12		
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6										
		RESTAURAÇÃO RESINA	64	D	1	6 1 1 0 1 0				31/10/12		
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0										
		RESTAURAÇÃO RESINA	65	OP	1	8 8 1 0 1 0				31/10/12		
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Totál 2-Parcial	1210,10	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 e contrito. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), for(ões) 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 no sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/10/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/12 53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/12 Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca CRDOP 122986