



357631  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 8/12/01 4-Data de Autorização 11/08/10 8/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 7790905 7-Data Validade da Senha 11/13/11 11/12/01

8-Numero da Carteira

8-Numero da Carteira 01012012153017854000001010103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/01 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NATHIELY THAINY VAZ DOS SANTOS 10/06/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CLEONICE VAZ DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 18-Numero no CRO 122986 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3111357421855111 22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 23-Numero no CRO 122986 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 27-Numero no CRO 122986 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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-Franchisa/Co-participação R\$ | 39-Aut   | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|----------------------------------|----------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0101    | 8511002010101             | RESTAURAÇÃO RESINA | 45              | OD      | 1      | 8810101          | 010101   |                                  | 11/08/10 | 11/08/10              | 11/08/10           | 11/08/10      |
| 2-0101    | 8511002020101             | RESTAURAÇÃO RESINA | 46              | OM      | 1      | 8810101          | 010101   |                                  | 11/08/10 | 11/08/10              | 11/08/10           | 11/08/10      |
| 3-0101    | 8511002019161             | RESTAURAÇÃO RESINA | 47              | O       | 1      | 6110101          | 010101   |                                  | 11/08/10 | 11/08/10              | 11/08/10           | 11/08/10      |
| 4-0101    |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 5-0101    |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 6-0101    |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 7-0101    |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 8-0101    |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 9-0101    |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 10-0101   |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 11-0101   |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 12-0101   |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 13-0101   |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 14-0101   |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |
| 15-0101   |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                  |          |                       |                    |               |

Foto na sistema

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), foi(ram) 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

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crodonia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchisa / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/10 11/08/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/10 11/08/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/10 11/08/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/10 11/08/10

Dr. Gisele Cristina Kimura  
CRO 122986