



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/10 4-Data de Autorização 12/08/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7715444 7-Data Validade da Senha 11/06/11

341463
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202125306301100000001103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PEDRO ROMANO DOS SANTOS 24/05/2009 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS

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 13111357421855 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/Régio	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	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	161,10	10,10	10,10	5	11/08/10	26107130202	
2-10	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	161,10	10,10	10,10	5	11/08/10	26107130202	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data 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 112210 47-Valor Total R\$ 10,10 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

Foto via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/10 Dr.ª Gisele Cristina Kimura CROSP 122986