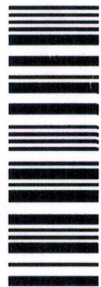




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/10/17/12/10/	4-Data de Autorização 10/06/10/17/12/10/	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7682649	7-Data Validade da Semna 10/12/11/10/12/10/
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

334187
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/012/012/5110/510/6010/718/7910/21	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome PAOLA PARADELLA PEIXOTO SOUZA	14-Telefone (11) 1111111111	15-Nome do titular do plano JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA
--	--------------------------------	--

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1311113151714218151511	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-Clr	36-Quantidade US	37-Maior	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gksta	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	17	0	1	6 1 0 0	0 0 0 0	5		10/06/10/11/01/20/12/20/		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11/	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 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 10 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11 0 0
---	---	--	-----------------------------------	------------------------------	---

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(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagadora 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.

De uma sistema

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/21/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/21/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/21/2011	53-Data, local e Cambio de Empresa 06/10/21/2011
--	--	--	---

Dr. Gisele Cristina Kimura Iuassaca
CRO-SP 122986