



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012 4-Data de Autorização 12/11/2012 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8104906 7-Data Validade da Sentia 10/11/2013 431296 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202025331586000000101 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 JOICE APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO 16/12/1982 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano JOICE APARECIDA SILVA DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV CLINICA ODONTOLÓGICA NIPQ-BRASILEIRA LTDA - ME 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 01 25- Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 156885408001 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 23-Número no CRO 53702 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 27-Número no CRO 53702 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				12/12/2012		JOICE SILVA
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		6,00				12/12/2012		JOICE SILVA
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		6,00				12/12/2012		JOICE SILVA
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		6,00				12/12/2012		JOICE SILVA
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		6,00				12/12/2012		JOICE SILVA
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,60

47-Valor Total R\$ 2102,25 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) 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, o/ou os valores que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

NIPQ - BRASILEIRA S/C. LTDA.

Av. P. RAZA PINTO, 1020 - SOBRERLEIA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 21/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012 53-Data, local e Assinatura da Empresa - CEP 02611-002