

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/10 4-Data de Autorização 11/07/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7955994 7-Data Validade da Sanha 11/12/10 395340 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1002025105506013712021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/12/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JULIANA FERRAREIS DA CRUZ 30/10/2003 14-Telefone 1236615897 15-Nome do titular do plano CLAUDIA SILVA FERRAREIS

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 1311315742815111 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
1-010	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			11/11/10	2020	
2-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00			11/11/10	2020	
3-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00			11/11/10	2020	
4-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00			11/11/10	2020	
5-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00			11/11/10	2020	
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 1178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

Dr. Gisele Cristina Kimura
Cirurgiã Dentista
CRO SP 122986