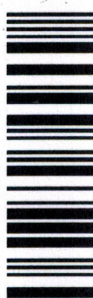


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 9/12/10 4-Data de Autorização 12/15/10 9/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7903455 7-Data Validade da Guia 12/13/11 12/12/10

8-Número de Carteira

10/10/2012 1511055016101182431012

9-Filho

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12/13/11 12/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

382632
INTERCÂMBIO

13-Nome
MIGUEL JORGE SORANA

21/04/1964

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LUCIMEIRY MARIA FREIRES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
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

1311135742855

22-Nome do Contratado Exocutante

GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

23-Número no CRO
122986

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exocutante

GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

27-Número no CRO
122986

28-UF
SP

29-Código CBO S

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	821000859	EXODONTIA DE RAIZ	27	1	1	73,100	0,100	0,100	0,100	12/15/10	20290	
2-100	821000859	EXODONTIA DE RAIZ	48	1	1	73,100	0,100	0,100	0,100	12/15/10	20290	
3-010	821000859	EXODONTIA DE RAIZ	38	1	1	73,100	0,100	0,100	0,100	12/15/10	20290	
4-010												
5-010												
6-010												
7-010												
8-010												
9-010												
10-010												
11-010												
12-010												
13-010												
14-010												
15-010												

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 1219,10 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

2x via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/15/10 9/12/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/15/10 9/12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/15/10 9/12/10 53-Data, local e Cartão da Empresa 12/15/10 9/12/10 Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca Cirurgião-Dentista CROSP 122986