



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2010 4-Data de Autorização 18/10/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7790903 7-Data Validade da Senha 13/11/2010 357630 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10102025307854100000101021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRUNO VAZ PINHEIRO 02/09/2004 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CLEONICE VAZ DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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 Operação / CNPJ / CPF 31113574285511 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
1-0	10	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00		18/10/2010		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 61,00 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 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, 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 na sistema

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

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

CROSP 122986