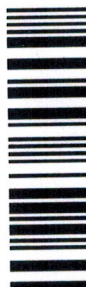




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



357627
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2018	4-Data de Autorização 12/04/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790900	7-Data Validade da Senha 11/03/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100201253063010000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome PEDRO ROMANO DOS SANTOS	24/05/2009	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano NILTON CARLOS RIBEIRO DOS SANTOS
------------------------------------	------------	------------------------------	---

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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31135742855	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	Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qdt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	01	16	1,00	0,00			24/05/2018		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/11	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 161,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), 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

Fob via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/05/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/05/2018
---	---	---	---

Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca
Cirurgião Dentista
CROSP 122986