

1-Registro ANS 408414 3-Dia de Emissão da Guia 12/09/2015 4-Dia de Autorização 03/10/2015 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7361760 7-Dia Validada da Sentia 12/08/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510875100202403 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CASTROLANDA COOPERATIVA 11-Dia Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de 13-Nome VALENTINA RODRIGUES SILVA 12/12/2015 14-Telefone (15) 91167973 15-Nome do titular do plano VINICIUS FREITAS DE OLIVEIRA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KAYOKO SAKASHITA CORREA 18-Número no CRO 27382 19-UF SP 20-Código CBO S 223208 21-Código na Operadora / CNOJ / CNF 0066244678800 22-Nome do Contratado Executante KAYOKO SAKASHITA CORREA 23-Número no CRO 27382 24-UF SP 25-Código CNEB 5045182 26-Faturar Empresa 025 -

25-Nome do Profissional Executante KAYOKO SAKASHITA CORREA 27-Número no CRO 27382 28-UF SP 29-Código CBO S 223208

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		5	02/01/15
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	86	0	1	16,00	0,00		5	02/01/15
3-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	0	1	16,00	0,00		5	02/01/15
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	0	1	16,00	0,00		5	02/01/15
5-00										
6-00										
7-00										
8-00										
9-00										
10-00										
11-00										
12-00										
13-00										
14-00										
15-00										

43-Dia Previsto Término do Tratamento 10/21/2015 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 217,00 47-Valor Total R\$ 10,00

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 contratado. 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/21/2015 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/01/2015 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/01/2015 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 10/21/2015