

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 08/11/2010	4-Data de Autorização 19/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7947150	7-Data Validade da Senha 06/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

393113
INTERCÂMBIO

8-Numero da Carteira 00202025322159900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ITALO FELISBINO DA SILVA	09/03/1989	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ITALO FELISBINO DA SILVA	

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	18-Numero no CRO 122986	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1311135742851	22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	23-Numero no CRO 122986	24-UF SP	25-Código CINES
--	---	----------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	27-Numero 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-Faixa	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA		1		3,40	0,00			19/10/2010		
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 11/11/11	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/10/2010
---	---	---	---

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA
CRO/SP 122986