



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/11/03 4-Data de Autorização 12/09/03 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8379881 7-Data Validade da Sentença 10/09/06 8-Data Validade da Guia 12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202535151800000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número de Cartão Nacional de Saúde

13-Nome BRUNA CAROLINA NOGUEIRA BUENO 28/09/1993 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano THAYNA KELLEN GONCALVES ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA NIPO-BRASILEIRA LTDA - ME 18-Número no CRO 53702 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1156885410800111 22-Nome do Contratado Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 23-Número no CRO 53702 24-UF SP 25-Código CNES (1) 85100200 (1) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante EDMILSON MITTO KAWAGUCHI 27-Número no CRO 53702 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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-010	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Bruna
2-010	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Bruna
3-010	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Bruna
4-010	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Bruna
5-010	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Bruna
6-010	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Bruna
7-010	8210008159	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	17,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Bruna
8-010	8110004211	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Bruna
9-1												Bruna
10-1												Bruna
11-1												Bruna
12-1												Bruna
13-1												Bruna
14-1												Bruna
15-1												Bruna

43-Data Prevista 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 480,00 47-Valor Total R\$ 02102225/000184 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 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 obrigações de pagamento da assistência 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 assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2011 53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 29/10/2011

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 29/10/2011

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 29/10/2011

56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 29/10/2011

57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 29/10/2011

58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 29/10/2011

59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 29/10/2011

60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 29/10/2011