



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/14/10 8/12/01 4-Data de Autorização 11/14/10 8/12/01 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7788224 7-Data Validade da Série 11/12/11 11/21/01

357005
INTERCAMBIO

8-Número de Carteira 10101210215311036301010101011 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ERIKA DE SOUSA SILVA 14-Telefone 01/03/1999 15-Nome do titular do plano ERIKA DE SOUSA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 18-Número na CRO 122986 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311135742855 22-Nome do Contratado Execlutante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 23-Número no CRO 122986 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218

26-Nome do Profissional Execlutante 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- 10	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
2- 0	0	8 5 1 0 0 2 1 8										
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												
43- Data Previsão Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	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 e 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

Foto na semana

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/08/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/08/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/08/10

Dr.ª Gisele Kimura IUASSACA 122986