



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/2017 4-Data de Autorização 12/10/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7706314 7-Data Validade da Seta 11/03/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215110550610107187191011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 11/01/2018 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA 02/12/1972 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do Titular do plano JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA

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 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 82001286-18

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 311131571421815111 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-01018210101286		REMOÇÃO DE DENTES	18	1	1	361,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
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 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 361,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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) 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

De via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2017

Cirurgião-Dentista
CRO 122986