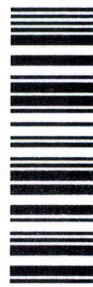




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



307112

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/04	4-Data de Autorização 12/01/04	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7517769	7-Data Validade da Senha 11/07/07
-----------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251050600317703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-----------------------------	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MIRIAN RODRIGUES DA SILVA COSTA	07/05/1972	14-Telefone (11) 36591756	15-Nome do titular do plano MIRIAN RODRIGUES DA SILVA COSTA
---	------------	---------------------------	---

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	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) 85100200
---	---	-------------------------	----------	-----------------	--

21-Código na Operadora / Cnpj / Cpf 31135742855	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00	S	20/04/2020		
2-1												
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 Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Abandono	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

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 assistente 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 assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Foto na sexta-feira

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/04/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/04/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/04/2020 Dr. Gisele Cristina Kimura CRO 122986
--	--	--	--