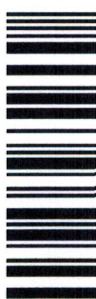


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 12/12/10 8/12/10 4-Data de Autorização 11/19/10 9/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7812910 7-Data Validade da Senha 12/10/11 11/12/10

361924
INTERCÂMBIO

8-Número de Carteira 10/02/02 51101510601181421011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VANESSA DE MACEDO

14-Telefone (11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano VANESSA DE MACEDO

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento):

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

18-Número no CRO 122986

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1311135742855111 22-Nome do Contratado Exequante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA

23-Número no CRO 122986

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exequante 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	0810001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0,00		S	11/11/10	101212	Vanessa
2-10	0853001047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		1	1	36,10	0,00		S	11/11/10	101212	Vanessa
3-10	0853001047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		1	1	36,10	0,00		S	11/11/10	101212	Vanessa
4-10	0853001047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		1	1	36,10	0,00		S	11/11/10	101212	Vanessa
5-10	0853001047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL		1	1	36,10	0,00		S	11/11/10	101212	Vanessa
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 Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,10 47-Valor Total R\$ 10,10 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 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.

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

Dr.ª Gisele Cristina Kimura IUASSACA
Cirurgião Dentista
CRO-SP 122986