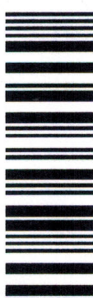


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2019 4-Data de Autorização 12/15/2019 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7904344 7-Data Validade da Serinha 12/13/2011 12/12/2010

382817
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101201215131174761010101011011

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDREA MARIA DE JESUS

08/06/1981

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano ANDREA MARIA DE JESUS

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13111315774281511111 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-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Gêsa	42-Assinatura
1-0	018	1010065			1	34,00	0,00			12/15/2019	2019	
2-		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
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 34,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/15/2019/ SP 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/15/2019/ SP 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/15/2019/ SP 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/15/2019/ SP Drª Gisele Cristina Kimura Iuassaca Cirurgiã Dentista CROSP 122986