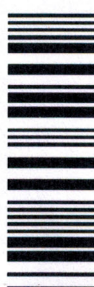


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2016 4-Data de Autorização 11/3/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7628929 7-Data Validade da Senha 10/9/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021012153040179101010101011 9-Pelo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WESLEY FERREIRA CORTES 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano WESLEY FERREIRA CORTES

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 31113574218155 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

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cidc	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gisa	42-Assinatura
1-10	10	84000065				1	34,10	10,10		11/13/2016		
		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-												
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 34,10 47-Valor Total R\$ 0,10 48-Total Franchia / 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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/3/2016/2016 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/2016/2016 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/2016/2016 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/3/2016/2016 D.ª Gisele Cristina Kimura IUASSACA Cirurgião-Dentista CRPSP 122986