



346099
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 7/12/01 4-Data de Autorização 13/10/10 7/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7737117 7-Data Validade da Senha 12/5/11 01/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002020251105506011472020 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THAWAN DEOCLECIANO SANT ANA 01/01/1997 14-Telefone (11) 398411785 15-Nome do titular do plano KAREN SANT ANA GASPARINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 18-Número no CRO 55535 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15689145807 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI

23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES 26-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI

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 Causa	42-Assinatura
1-0	0	81000065			1	34,00				30/07/20		Thawane
2-0	0	85300047			1	36,00				30/07/20		Thawane
3-0	0	85300047			1	36,00				30/07/20		Thawane
4-0	0	85300047			1	36,00				30/07/20		Thawane
5-0	0	85300047			1	36,00				30/07/20		Thawane
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista 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 47-Valor Total R\$ 021022250/000181 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 a pagar em meu nome e por minha conta e responsabilidade, 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Profissional Contatado que assina esse documento, os valores

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contatado que assina esse documento, os valores