



316674

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2012	4-Data de Autorização 12/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7590005	7-Data Validade da Senha 12/08/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210202510875101000216401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CASTROLANDA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

RUBENS DO ROSARIO ANTUNES

RUBENS DO ROSARIO ANTUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
KAYOKO SAKASHITA CORREA18-Nome do Contratado Executante
KAYOKO SAKASHITA CORREA21-Código na Operadora - UNPJ / C/P
10161612416781010122-Nome do Contratado Executante
KAYOKO SAKASHITA CORREA

26-Nome do Profissional Executante

KAYOKO SAKASHITA CORREA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1	10101810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		29/05/2012	
2	10101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		29/05/2012	
3	10101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		29/05/2012	
4	10101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		29/05/2012	
5	10101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		29/05/2012	
6	10101851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	D	1	61,00	0,00	0,00		29/05/2012	
7	10101851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00		29/05/2012	
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/05/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 30,00	47-Valor Total R\$ 30,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 (s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), fôram 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 Contratado-Donatário Solicitante 29/05/2012	51-Data Local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 29/05/2012	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/05/2012	53-Data Local e Assinatura da Empresa Contratada 29/05/2012
--	--	--	--