

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2019	4-Data de Autorização 13/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7898668	7-Data Validade da Senha 12/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

381559
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	0002021510550601618201
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira	00/00/00
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome	REGINA LOPES DA SILVA
14-Telefone	(000) 0000000000
15-Nome do Titular do plano	REGINA LOPES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-U/F	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
N	GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	122986	SP		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-U/F	25-Código CNES
31113157421855		GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA	122986	SP	
26-Nome do Profissional Executante			27-Número no CRO	28-U/F	29-Código CBO S
GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA			122986	SP	

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	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glicia	42-Assinatura
1-10	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/09/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prescrição Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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 no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista solicitante	13/01/09/1301	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/01/09/1301	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/01/09/1301	
53-Data, local e Carimbo da Empresa	13/01/09/1301	 Dr.ª Gisele Cristina Dentista Selo Unificada

614-222-9866