



330700
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 6/12/10	4-Data de Autorização 12/9/10 6/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7666309	7-Data Validade da Senha 12/14/10 9/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número de Carteira 10/02/10 2/5/10 5/5/06 0/08/16 0/02/13	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
--	--------------------------------	--	--

13-Nome GRAZIELY BARBOSA DOS SANTOS OLIVEIRA	07/09/1996	14-Telefone (11) 12141612 41919	15-Nome do titular do plano MARIA RITA BARBOSA DOS SANTOS
---	------------	------------------------------------	--

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 131113574218551	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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			12/9/10 6/12/10		
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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) 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

Foto na sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/9/10 6/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/10 6/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/9/10 6/12/10	53-Data, local e Contato da Empresa 12/9/10 6/12/10
--	--	--	--

Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 122986