



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 7/12/10 4-Data de Autorização 12/14/10 7/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7730959 7-Data Validade da Senha 12/11/10 10/12/10

344680
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5/3/06 8/16/00 0/0/01 1/0/11 9-Pelo POS REDE PRESTADORA

10-Empresa MARCELO APARECIDO RIBEIRO

11-Data Validade da Carteira 12/11/10 10/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARCELO APARECIDO RIBEIRO SANTANA

30/10/1994

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano MARCELO APARECIDO RIBEIRO SANTANA

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 13/11/13 5/7/42 8/5/51 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-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010	84000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			5/11/2010	2010	
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 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 arcar com os custos previstos e contrito. 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/10

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/10

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/10

Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca
Cirurgiã Dentista
CRO 122986