



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/17 12 10	4-Data de Autorização 18/10/17 12 10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 769412	7-Data Validade da Senha 11/11/10 12 10
--------------------------	---	---	-----------------------	--------------------------------------	--

338056
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 6 2 9 3 0 2	9-Frango POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12 10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome BARBARA DE FRANCA SILVA	13/12/1998	14-Telefone () 2 4 8 6 1 3 0 1 3	15-Nome do titular do plano ANTONIA LUCIA DE FRANCA SILVA
------------------------------------	------------	--------------------------------------	--

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 1 1 3 5 7 4 2 8 5 5 1 1	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-Qdt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 4 10 0 0 6 5			1	3 4 0 0		0 0 0		5	18/01/2020	Barbara Silva
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ 10 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11 11
--	---	---	-----------------------------------	------------------------------	--

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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/01/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/01/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/01/2020	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/01/2020
---	---	---	--

D^{ra} Gisele Cristina Kimura Iuassaca
Cirurgiã Dentista
CROSP 022986