



330679
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/2010 4-Data de Autorização 12/09/06/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7666193 7-Data Validade da Senha 12/14/10 19/12/10

8-Número da Carteira 0020202511055060011534011 9-2-º Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12/14/10 19/12/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DAVID CESAR WILLAMES VIEIRA FERREIRA 14-1-º Plano 18/12/1985 15-Nome do titular do plano DAVID CESAR WILLAMES VIEIRA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solitante 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 131113574285511 22-Nome do Contratado Executante GISELE CRISTINA KIMURA IUASSACA 23-Número no CRO 122986 24-UF SP 25-Código CNES 025 - Enviar - RX (IF) 85200158-16

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-DenteRegião	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
1-0	018	52010158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	1	533,00	0,00	0,00	12/09/2010	29/06/2010	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 533,00 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

Rx na sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante 29/06/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/06/2010

Dr. Gisele Cristina Kimura Iuassaca
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 122096