



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2010	4-Data de Autorização 10/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7799124	7-Data Validade da Senha 11/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

359444
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210215101510601181560011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ALAEINIA LUNA DE AQUINO	25/03/1982	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALAEINIA LUNA DE AQUINO
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento 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 Enviar - RX (05100200)
--------------------------	--	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 131113157142815111	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-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Gisa	42-Assinatura
1-10	01851002100	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8,80	0,00	0,00	1,51	10/11/2010	20101229	
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 8,80	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,51
--	---	--	--------------------------------	-----------------------------	---

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) 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 em contrato.

49-Observação

Lx via sistema

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/09/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/09/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/09/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/09/2010
--	--	--	--

Dr.ª Gisele Cristina Kimura Iuassaca
CRO-SP 122986